



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Marta Susana Simões Jorge

**A Organização Narrativa em
Crianças com DHDA:
Estudo Exploratório sobre o Impacto da
Medicação Psico-estimulante na Matriz
Narrativa.**

Tese de Mestrado em
Psicologia / Área de Especialização em
Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob orientação do
Professor Doutor Óscar F. Gonçalves
e co-orientação da
Professora Doutora Margarida Henriques

Novembro de 2007

DECLARAÇÃO

Marta Susana Simões Jorge

martasjorge@hotmail.com

Telefone: 962334552

BI: 11494581

A organização narrativa em crianças com DHDA: Estudo Exploratório sobre o Impacto da Medicação Psico-estimulante na Matriz Narrativa.

Orientada pelo Professor Doutor Óscar Gonçalves.

Co-orientada pela Professora Doutora Margarida Henriques.

Novembro, 2007

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, Novembro de 2007.

Marta Jorge

AGRADECIMENTOS

Aos que permitiram o emergir deste conto, desde as crianças, às famílias, aos colegas e professores das cadeiras de mestrado, um obrigada sincero e especial. Sem todos vós não poderia contar esta história.

À Eva e à Cláudia, as colegas que colaboraram na recolha dos dados, um obrigada por aglomerarem trabalho extra ao que já não é pouco, emprestarem o seu tempo e dedicação a quem o tempo não chegava, e terem colaborado e construído esta história tecida de muitas histórias que souberam ouvir.

À Catarina, à Laura, à Cátia, à Fidgy, à Andreia, à Eva, à Sónia, à Marta, à Cláudia e à Ana, as colegas, que com grande esforço e empenho cotaram as minhas narrativas, um agradecimento especial, porque sei que a dedicação com que o fizeram teceu esta realidade.

À Laura por ser uma companheira neste caminho longo que parece demorar sempre mais um pouco a chegar ao fim... obrigada pelas viagens fabulosas, pelos risos que soubemos dar quando a ansiedade chegava perto, pelo sábio apoio, pelo crescimento, acima de tudo por estar sempre lá...

À Professora Doutora Margarida Henriques agradeço a força, a generosidade, o empenho, a paciência, a dedicação e orientação atenta e cuidada que me prestou... uma dádiva que nunca vou esquecer...*um dia quando for grande quero ser assim...*

Ao Professor Doutor Óscar, por ser fonte de criatividade e de inspiração, agradeço o incentivo, e a paixão que desperta em nós para iniciar uma caminhada.

À Dra. Beatriz Pena, Directora do Departamento de Pedopsiquiatria de Coimbra, a minha chefe, por acreditar em mim, no meu trabalho, e ter proporcionado tempo quando mais precisava...

À Joana que mesmo no final estive lá com o seu tempo e dedicação... a amizade é assim...

Ao Nuno, a estrelinha que encontrei a meio caminho desta viagem, e porque me sabe guiar tão bem, escolhi como a minha estrela polar para a vida.

Aos meus pais, por tudo o que são e por tudo o que sou.

Obrigada...

A organização narrativa em crianças com DHDA: Estudo Exploratório sobre o Impacto da Medicação Psico-estimulante na Matriz Narrativa

RESUMO

Contamos a história de como são tecidas as histórias contadas por crianças com Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção (DHDA). Consideramos a actividade narrativa como integradora de vários processos psicológicos, funcionando como movimento privilegiado de construção de significados e partilha de experiências. A narrativa assume então uma dimensão organizadora da linguagem, do pensamento e da acção humana, construindo um sentido de coerência e de significação. Sabemos que o DHDA está associado a deficits neuropsicológicos resultando em dificuldades de auto-regulação cognitiva e comportamental, de manutenção da atenção sustentada, bem como, a nível de actividades complexas que envolvam uma multiplicidade de funções executivas, como é o caso da construção de narrativas. Dado que o metilfenidato (MFD) constitui um promotor de alterações do metabolismo cerebral com consequente melhoria de diversas funções cognitivas, emergiu a questão de saber se também iria melhorar a competência narrativa das crianças. Propomos, assim, com este trabalho aceder a uma compreensão da influência da medicação na qualidade da produção narrativa em crianças com DHDA. No âmbito da abordagem cognitiva narrativa, pretendemos verificar se a toma de MFD produz uma melhoria na qualidade narrativa ao nível da coerência estrutural, da complexidade de processo e da diversidade de conteúdo. Analisámos 60 narrativas (30 antes da toma da medicação e 30 depois da toma da medicação), de 30 crianças com diagnóstico clínico de DHDA com idades entre os 6 e os 9 anos. As narrativas foram transcritas e analisadas através do sistema de avaliação de narrativas proposto por Gonçalves, O., Henriques, M. e colaboradores, destinado às três dimensões da narrativa: Estrutura, Processo e Conteúdo. Esta avaliação foi realizada por três pares de juízes treinados para o efeito, com níveis de acordo inter-juízes superiores a 80%. Examinámos potenciais diferenças de género e de pertença a nível sócio-cultural, verificando também se a idade, a escolaridade e o QI, terão influência na qualidade da produção narrativa. Os resultados demonstraram, que as narrativas das crianças após a toma de metilfenidato apresentam uma melhoria significativa apenas na dimensão da diversidade de conteúdo, não se verificando diferenças significativas, pré, pós-medicação ao nível da coerência estrutural, nem da complexidade de processo. Não encontramos diferenças significativas na qualidade da produção narrativa em função do sexo e do nível sócio-cultural. Também não se encontraram correlações significativas da competência narrativa com a idade, nem com os resultados dos QI's.

Narrative organization in children with ADHD: an exploratory study about the psycho-stimulant medication impact in the narrative matrix

ABSTRACT

We tell the story about children's tales diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). We consider the narrative activity as an integrator of some psychological processes, functioning as a privileged movement in the construction of meanings and share of experiences. The narrative is an important tool to understand and organize both the language and the thought, as well the human action, helping to construct a sense of coherence and meaning. We know that ADHD is associated with neuropsychological deficits which result in a set of difficulties, in what concerns to cognitive and behavioural auto-regulation, to the maintenance of the sustain attention, as well as to the level of complex activities that involve a multiplicity of decision-making functions, like narrative construction. Once methylphenidate (MFD) promotes metabolic cerebral alterations that improve several cognitive functions, we propose to find out if it will also develop the narrative ability of these children. Thus, it is our aim with this work to achieve a better understanding of how the medication influences the quality of the narrative production in children with ADHD. In the scope of the cognitive narrative approach, we intend to explore in which way the therapeutic introduction of MFD in children with ADHD will improve the quality of the narrative in what concerns to the coherence of its structure, the complexity of its process and the diversity of its substance. We analyzed 60 narratives (30 before the medication and 30 after the medication) of 30 children with clinical diagnosis of ADHD with ages between 6 and 9 years old. The narratives had been transcribed and analyzed according to the system of narrative's evaluation considered by Gonçalves, O., Henriques, M. and col. in its three dimensions: Structure, Process and Content. This evaluation was carried by three pairs of judges trained for the effect, with levels of agreement between judges greater than 80%. We examined potentials differences of gender, socio-cultural level, age, school level and QI in the narrative production quality. Data shows that narratives of medicated children present a significant improvement in its content diversity, but no significant discrepancies were found related to its structural coherence and the complexity of all the process, before and after medication. The gender and the socio-cultural level seem not to influence the quality of the narrative. Also major correlations between narrative ability, age and QI differences had not been found.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. Narrativa	17
1.1. A Abordagem Narrativa	17
1.2. Estrutura, Processo e Conteúdo na narrativa	21
1.3. Desenvolvimento Narrativo	26
2. Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção	32
2.1. DHDA e Inibição	37
2.2. Desenvolvimento do discurso interno em crianças com DHDA	43
2.3. DHDA e Distúrbios ao nível da linguagem	44
2.4. DHDA, a competência comunicativa e narrativas	48
2.5. DHDA e Realização Escolar	51
2.6. Medicação psico-estimulante – Metilfenidato	54
2.7. Efeito da medicação no discurso de crianças com DHDA	56
II. ANÁLISE DA ESTRUTURA, PROCESSO E CONTEÚDO NARRATIVOS EM CRIANÇAS COM DHDA	60
1. Introdução	61
2. Metodologia da Investigação	64
2.1. Participantes	64
2.2. Instrumentos	66
2.3. Procedimento	71
3. Resultados	74
4. Discussão dos Resultados	98
CONCLUSÕES	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	132

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1.	65
Dados sócio demográficos dos participantes.	
Tabela 2.	65
Dados relativos ao funcionamento cognitivo dos participantes.	
Figura 1.	75
Resultados comparativos das Notas Globais da Estrutura, Processo e Conteúdo, pré e pós medicação.	
Tabela 3.	76
Comparação narrativas produzidas pelas crianças antes e após a medicação ao nível das médias (desvios-padrão) das dimensões da matriz narrativa e resultados do teste t-student.	
Figura 2.	77
Resultados comparativos das sub-dimensões da estrutura, nos momentos pré e pós medicação.	
Tabela 4.	78
Comparação das ordens médias (desvios-padrão) das sub-dimensões referentes à estrutura das narrativas produzidas pelas crianças nos momentos pré e pós medicação e resultados do teste de Friedman.	
Figura 3.	79
Resultados comparativos das sub-dimensões do processo, nos momentos pré e pós medicação.	
Tabela 5.	80
Comparação das ordens médias (desvios-padrão) das sub-dimensões referentes ao processo das narrativas produzidas pelas crianças nos momentos pré e pós medicação e resultados dos testes de Friedman e Wilcoxon.	
Figura 4.	82
Resultados comparativos das sub-dimensões do conteúdo, nos momentos pré e pós medicação.	

Tabela 6.	83
Comparação das ordens médias (desvios-padrão) das sub-dimensões referentes ao conteúdo das narrativas produzidas pelas crianças antes da toma da medicação vs depois da toma da medicação e resultados dos testes de Friedman e Wilcoxon.	
Figura 5.	84
Resultados das notas globais da estrutura, processo e conteúdo por Sexo.	
Tabela 7.	85
Análise da variância Multivariada para comparação do Sexo ao nível das Notas Globais	
Figura 6.	86
Resultados das notas globais da estrutura, processo e conteúdo por NSC.	
Tabela 8.	87
Análise da Variância Multivariada para comparação do NSC ao nível das notas globais	
Tabela 9.	89
Correlações de Pearson entre os totais da estrutura, processo e conteúdo das narrativas pré e pós medicação, idade, escolaridade e quocientes intelectuais.	
Tabela 10.	91
Correlações de Spearman entre os totais de Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos e Variáveis da Entrevista de Hábitos de Interação Narrativa no momento pré medicação.	
Tabela 11.	94
Correlações de Spearman entre os totais de Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos e Variáveis da Entrevista de Hábitos de Interação Narrativa no momento pós medicação.	
Tabela 12.	95
Correlações de Spearman entre os totais de Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos e Variáveis da Entrevista de Hábitos de Interação Narrativa nos momentos pré medicação e pós medicação.	
Tabela 13.	96
Percentagens referentes às respostas dadas pelos pais nas duas questões iniciais da entrevista de hábitos de interação narrativa antes e depois da toma de MFD.	

Porque não pára o João?

Sempre a correr

Sempre a mexer

Bate com o pé

Bate com a mão

Mancha de tinta

o mata borrão

Esquece a cabeça

Esquece a lição

Corre na sala

Joga ao pião

Esquece mala

Quase não cala

Ninguém o pára

E cai no chão!

Marta Jorge

Introdução

"Tell me and I will forget. Show me and I will remember.

Involve me and I will understand." Confucius

Desfolho tantas vezes estas folhas soltas já amareladas pelo tempo, que falam baixinho do que sou... São tantas as manchas de tinta preta que desenham histórias em palavras soltas e que falam de um crescer, de um sorriso ou de um momento frio que ainda desafia o corpo a tremer e por momentos sinto e penso naquilo que o meu corpo me diz... Construo-me ao ler-me, ao cantar os versos que pintam um rosto de criança que amadureceu sem pressas. São histórias de quem passou por perto, de quem ficou ou simplesmente deixou um rasto de perfume que ainda hoje se sente no ar. São sabores a mar, a sal e a chocolate quente que se misturam com o aroma do café que saboreio enquanto me olho neste amarelo de folhas soltas. São sons que despertam passos de uma coreografia que hoje eu danço de cor. E em frente ao espelho, vejo um cenário de cores intensas que desmaiam em pinturas gastas e prendem o olhar em pormenores que rompem o silêncio agudo do tempo. Enquanto me perco nestas folhas soltas, cheiro-me, olho-me e faço o corpo dançar as musicas que soam baixinho dali.

E assim começa a história de um eu que vive, conta e se encontra e volta a contar e (re) encontrar.

Não é espontâneo... perante uma aurora boreal de sensações, de pensamentos, de memórias...onde estou? Como encontrar a trama que me define? Como encontrar a cor que pinta o meu rosto e que traduz o que o corpo diz? Como fazer emergir o significado de uma teia de sentidos enleados no tempo?

Seguimos o tempo, contamos a história, construímos a narrativa e construimo-nos a nós. Na medida que constitui a organização analógica central da experiência humana e da linguagem (Henriques, 2000), a metáfora narrativa permite a construção de significados, assegurando a organização do conhecimento acerca do próprio e da realidade. O ser humano possui uma inexorável necessidade de construir significado para a sua existência sendo esta busca, uma tarefa inerente e central à sua vida, a narrativa surge como "um instrumento de produção de significado que domina grande parte da vida e da cultura" (Bruner, 1990, p.98). A acção discursiva ou a estrutura narrativa permite construir significados organizadores da nossa experiência, tentando atribuir-lhe uma coerência e um sentido de continuidade, sem contudo ignorar a multiplicidade discursiva que lhe é inerente.

Considerando a actividade narrativa inerente à existência humana, perguntamo-nos acerca de diferenças que apresentará associada ao DHDA, na medida em que os mecanismos de auto-regulação se encontram perturbados. Debruçando-nos sobre as três dimensões centrais da matriz narrativa, estrutura, processo e conteúdo, enquanto indiciadoras dos processos de significação dos indivíduos na medida em que nos permitem *“dar conta da coerência, complexidade e multiplicidade e construções de conhecimento”* (Gonçalves, 2002, p.74) daqueles, analisaremos as diferenças significativas nas narrativas que crianças com diagnóstico de Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção (DHDA) produzem, nos momentos anterior e posterior à toma de medicação psicoestimulante.

Óscar Gonçalves (2000), propõe uma metodologia de análise para a compreensão das narrativas de uma forma integral e complexa, sendo a este Sistema de Codificação a que recorremos na presente investigação.

Muitas investigações têm sustentado a relação do grau de estrutura e coerência narrativa com a qualidade do desenvolvimento e do bem-estar do indivíduo. Ao nível do processo, encontra-se correlação entre psicopatologia e fraca diferenciação dos significados da experiência, associada a escassa exploração da vivência em termos sensoriais, emocionais, cognitivos e de significados. Na dimensão do conteúdo, “o discurso patológico afigura-se como uma incapacidade para uma visão multifacetada da experiência. (...) O indivíduo está ligado a uma narrativa-protótipo como um sistema invariante de significação” (Gonçalves, 2002, p.91).

Voemos através das palavras que tecem as histórias que contam estas crianças, embarquemos nesta voo conjunto planando numa agitação coarctada pela toma da medicação. Buscamos conhecer mais dessas histórias, e dessas histórias buscamos conhecer mais destas crianças. “Construímos conhecimento e significado através da acção proactiva da nossa linguagem, é ela que exprime e potencia o que experienciamos; mas é também a linguagem que dá ao experienciado um significado partilhado intersubjectivamente. ... é a linguagem que constitui uma zona proximal intra e intersubjectiva” (Gonçalves & Saraiva, 1999 cit in Gonçalves, 2002, p.110)

Numa primeira parte da nossa investigação, iniciaremos o nosso voo dedicando-nos à compreensão do conceito e abordagem narrativa, como emerge na psicologia, como se define e como opera. Faremos uma incursão pelo desenvolvimento narrativo na infância, tomando conhecimento de alguns modelos vigentes. Mergulharemos na teia narrativa, descobrindo o colorido das três dimensões que a compõem penetrando nas malhas que tecem a coerência

estrutural, a complexidade processual e a diversidade de conteúdo. Traçaremos a nossa rota de voo por entre um distúrbio comum nas consultas de psicologia, o DHDA. Iremos conhecê-lo de várias perspectivas e faremos um voo picado sobre a competência comunicativa, linguagem e discurso interno das crianças com DHDA, planando sobre as dificuldades que lhe estão inerentes ao nível sócio-escolar. Poisaremos por fim num ramo que balouça ao vento e que nos fala da medicação psico-estimulante e nos aclara acerca dos efeitos no discurso das crianças com DHDA.

A segunda parte desta dissertação orientar-se-á na dimensão empírica, ocupando-se dos aspectos metodológicos e da apresentação e discussão dos resultados relativos à análise de 60 narrativas (30 recolhidas previamente à toma da medicação e 30 recolhidas no momento posterior à toma da medicação) de crianças com DHDA nas suas três dimensões centrais: Estrutura, Processo e Conteúdo. Traçamos como objectivo, conhecer o efeito da medicação psico-estimulante na organização narrativa, de crianças com DHDA. Mais especificamente, dedicar-nos-emos a uma análise das potenciais diferenças na coerência, na complexidade e multiplicidade narrativa (quer ao nível das dimensões como sub-dimensões), nas crianças com DHDA nos momentos antes e após da toma da medicação. Examinaremos potenciais diferenças de género e de pertença a Nível Sócio-Cultural no acto de narrar antes e após a toma da medicação, verificando se a idade, a escolaridade e o QI, terão influência no acto de narrar conjugado com a toma de metilfenidato. Reflectiremos por fim, sobre a influência dos hábitos de interacção narrativa entre os pais e os filhos antes e após a toma da medicação na actividade narrativa.

“Narrativa não é um processo evocativo mas um processo construtivo, que encerra em si próprio todos os elementos de um acto criativo” (Gonçalves, 2002, p.106). Criamos uma história que conta o voo por entre palavras soltas que contadas delineiam um caminho....esperamos que este caminho nos leve ao conhecimento narrativo por entre a teia da matriz narrativa, num olhar atento sobre o antes e depois da psicofarmacologia, nas crianças em que parece voar o pensamento.

1. Narrativa

1.1.A Abordagem Narrativa

*“Porque o que na vida acontece, não é o que nela acontece,
mas a quantidade de nós que acontece nesse acontecer”
Vergílio Ferreira (Aparição)*

Quadrantes teóricos como o construcionismo social e o interaccionismo simbólico, são exemplos de uma demarcação clara dos pressupostos de individualidade e da interioridade valorizados pela psicologia da modernidade, sendo que o self monadal do cognitivismo começa a dar lugar a um self dialógico (Hermans, Kampen e Loon, 1992, in Gonçalves, M., 1995) ou relacional. No período que se concebe como pós-modernidade, dá-se uma mudança de conceptualização da individualidade para a pós-individualidade, encontrando-se dois pensamentos centrais: 1) a realidade não é independente do observador, constituindo um dos pressupostos do construtivismo que reconhece a natureza proactiva do conhecimento; 2) a linguagem é constitutiva do mundo (Gonçalves, M., 1994). Sendo a linguagem concebida como constitutiva da realidade, deixa de ser percebida como um meio de descrever o Mundo, mas uma actividade de construção (Rorty, 1994, in Gonçalves, M., 1994). O social é então percebido como base do conhecimento, e a linguagem percebida como indissociável da cultura, constituindo assim, o elemento central de organização de significados por parte do indivíduo. As palavras isoladamente não são suficientes para a construção do significado, mas segundo Óscar Gonçalves (2002), são ingredientes do conhecimento a par da experiência, pelo que a construção do conhecimento, implicará a organização das palavras em termos de uma narrativa. Construir uma narrativa, implica situar no espaço uma determinada experiência, organizar no discurso o contínuo movimento de tempo congregando o passado, o presente e o futuro e em que o narrador expressa de onde veio, onde está e para onde irá. Assumindo, a existência e o conhecimento como indissociáveis, o conhecimento tem subjacente um processo contínuo de construção e desconstrução de significados. Sendo o acontecimento narrativo que proporciona ao sujeito o conhecimento, enquanto realidades construídas sobre si e sobre o mundo, então através da análise da matriz narrativa poderemos construir conhecimento sobre os processos de significação do outro. Emerge com clareza a metáfora da narrativa, proposta na psicologia por Sarbin (1986), no sentido de interpretar a acção humana. Surge depois a designação de *narrador*, sendo o indivíduo entendido não como cientista pessoal em busca da verdade, mas

como construtor de significados múltiplos da existência, afinal a linguagem, contém em si um carácter criativo e potenciador, tornando cada simbolização da experiência num novo acontecimento. Assim, a aceitação da multiplicidade do self coloca-nos perante um dilema teórico, dado aceitarmos a multipotencialidade inerente às pessoas e as reconhecermos enquanto entidades integradas. Seguindo os pressupostos da perspectiva narrativa, encontramos resposta a este dilema, na medida em que as histórias permitem integrar simultaneamente a unicidade e a multiplicidade/diversidade, sendo a integração da multiplicidade assegurada por uma continuidade narrativa, ou seja, por uma Gestalt, entendida como “uma forma que impõe um processo de coerência à diversidade da experiência” (Gonçalves, 2002, p.53). A vida poderá então ser entendida enquanto uma narrativa, sendo os seres humanos eminentes narradores, com a tarefa de existir através de compreender e de compreender através da existência (Gonçalves, 1995,in Henriques, 2000). Afinal a narrativa não é apenas o relato da realidade, mas são as próprias narrativas que criam, transformam a realidade, na medida em que “se constrói uma significação para a própria vida através da sua organização num instrumento fundamental de construção analógica – a narrativa” (Gonçalves, 2002, p.39). Segundo Bruner (1994, p.53) “as histórias criam uma realidade própria” na vida. “As histórias representam o resultado de empenhos para dar um sentido à vida, organizando as experiências em sequências temporais, configuradas em relatos coerentes sobre nós mesmos e o nosso mundo” (Grandesso, 2000, p.201, cit in Machado, 2004, p.3). Enquanto seres humanos, “e graças à especialização de algumas funções cerebrais, nós estamos capazes de organizar as nossas experiências em termos de linguagem; sendo esta linguagem que nos permite a construção de significações de, e para nós próprios. É também “a linguagem que nos permite socializar o conhecimento, dando-lhe uma natureza inerentemente cultural” (Gonçalves, 2002, p. 40). A narrativa enquadra-se numa dupla vertente, de organização individual da experiência através da sua colocação num contexto de troca social. Aparece então, como uma solução de compromisso para o desencontro entre o construtivismo (dando sentido à diversidade da experiência individual) e o construcionismo social (a narrativa enquanto forma de construção social da experiência, no “sentido da convencionalidade social”) (Gonçalves, 2002, p. 55). Desta forma, é pelo diálogo entre as significações sociais e os posicionamentos individuais, que construímos os processos de significação pessoal. Os processos psicológicos deixam de ser entendidos como traços de personalidade, passando a ser concebidos como produtos sócio-culturais, des-reificados. Mediante estas mudanças, alguns psicólogos defendem que estamos a reviver uma nova

revolução cognitiva (Harré e Gillet, 1994, in Gonçalves, M., 1994). Esta revolução elege o significado como um conceito central da psicologia e a narrativa como o “modo fundamental que as pessoas utilizam para dar sentido às suas vidas” (Rennie, 1994, p.234). As narrativas constroem-se numa sequência linear no tempo, por meio da memória e da prospecção, “brindando a pessoa com um sentido de continuidade de existência” como “um marco referencial para interpretar a sua quotidianidade e construir os seus futuros possíveis” (Grandesso, 2000, cit in Machado, 2004, p.3).

Surgiram, nos últimos anos, modelos psicoterapêuticos de criatividade narrativa (caso de White e Epston em 1990 nas terapias familiares, de Schafer em 1993 na psicanálise, e de Russel em 1991, na psicoterapia cognitiva) que contrastam epistemologicamente com os modelos terapêuticos clássicos e que partilham a metáfora da criação por oposição à de resolução (Gonçalves, 2002). Acompanhando a evolução das terapias comportamentais e cognitivas, mas focalizando-se essencialmente nos modelos construtivistas, a Psicoterapia Cognitiva Narrativa “leva aos limites a proposta do construtivismo, renunciando a qualquer fundamento de natureza racionalista e essencialista e propondo, em alternativa, uma visão deconstructivista, narrativa e conversacional da psicoterapia.” (Gonçalves, 2002, pg.107). Na perspectiva narrativa, o disfuncionamento psicológico, é percebido como uma alteração do funcionamento narrativo, sendo que o indivíduo se encontra envolvido numa narrativa saturada, onde estão presentes dois indicadores de disfuncionamento narrativo – “o embotamento criativo (incapacidade de antever múltiplas possibilidades para a sua experiência sensorial, emocional, cognitiva e de significações) e o embotamento individual (pela estranheza em ver-se singular e diferente dos outros nessa construção da experiência)”, (Gonçalves, 2002, p.114). Citando Gonçalves e Fernandes (1997, p.49), “(...) patologia é essencialmente uma quebra no movimento de construção, uma rigidificação do processo de antecipação e interpretação dos acontecimentos (...)”.

Óscar Gonçalves (2002), inspirado nas definições de narrativa de Polkinghorne (1988), Sarbin (1986), Gergen e Gergen (1986) e Bruner (1990), delineou sete aspectos que considera como constituintes importantes do que define como matriz narrativa: natureza analógica, temporal, contextual, gestáltica, significadora, criativa e cultural da narrativa, que de seguida vamos explicitar.

É a natureza analógica da narrativa que revela o que acontece no mundo, que permite ao indivíduo encontrar a sua realidade e construí-la criativamente, procurando o significado e

distanciando-se do modo paradigmático ou lógico-científico, mais centrado na verdade. Todavia, e recorrendo a Óscar Gonçalves (2002), o conhecimento narrativo e o conhecimento experiencial mantêm entre si uma relação de cumplicidade, a narrativa embora próxima da experiência permite um afastamento em relação a esta, que potencia uma reflexão criativa. A narrativa constitui-se como um organizador da experiência do indivíduo através de um discurso que procura a construção de um sentido para a mesma, não se cingindo a um significado único, é ainda promotor de novas experiências.

O conhecimento é organizado através de uma estruturação temporal que oferece sequencialidade à trama narrativa, que resulta, como Polkinghorne (1986, cit in Gonçalves, 2002) defende, fundamental para a significação da experiência.

Sendo a linguagem uma forma de participação na vida social, também as narrativas só existem num processo interpessoal e num contexto interpessoal de construção discursiva. Assim, e segundo Óscar Gonçalves (2002) o conhecimento e a narrativa ocorrem num determinado *contexto cultural*, espacial, temporal e dialógico, permitindo a construção de uma experiência comum partilhada pelos diferentes indivíduos.

Na procura do sentido, a narrativa oferece-se como uma *Gestalt* – uma forma que impõe um processo de coerência à diversidade da experiência (Gonçalves, 2002), permitindo colocá-la na dimensão compartilhada da linguagem e tornar-se comum. A multiplicidade da experiência possibilita-nos criar significados igualmente múltiplos, recorrendo à linguagem, linguagem esta, produto de uma convenção social, dando-lhe uma existência compartilhada socialmente. A dimensão social e cultural do processo de significação da experiência, dá-nos conta da possibilidade que as narrativas oferecem de lhe dar um sentido compartilhado intersubjectivamente. Os significados tornam-se então através na nossa participação na cultura, públicos e partilhados, permitindo uma adaptação mais activa dos indivíduos ao seu contexto.

Ao organizar discursivamente a experiência acrescentamos-lhe elementos, criamos imagens, diferentes sentidos e subjectividades, enfim, introduzimos alternativas, mudanças, novidades e potenciamos acontecimentos, assumindo uma postura de abertura, transformação e criatividade. É esta dimensão criativa da narrativa que confere ao narrador um papel de “*construtor intencional e proactivo da experiência*” (Gonçalves, 2002, p.59).

1.2. Estrutura, Processo e Conteúdo na narrativa

Sarbin (1986), Bruner (1986) e Polkinghorne (1988), foram os pioneiros na apresentação das primeiras propostas de aproximação de uma abordagem narrativa à psicologia. A narrativa torna-se uma ferramenta importante e útil para a intervenção psicológica, na medida em que o acto narrativo se revela como promotor de um desenvolvimento mais viável. Todavia o significado narrativo enquanto processo cognitivo não é objecto de observação directa, mas já o são as histórias que resultam da construção de narrativas humanas. A narrativa é então percebida como um esquema primário através do qual é atribuído um significado às experiências (Polkinghorne, 1988), sendo esta função significadora que nos permite organizar as acções humanas e acontecimentos, como se tratassem de unidades de episódio. A narrativa assume-se como a metáfora mais adequada para conceber a organização cognitiva enquanto construtora de processos de significação (Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986; Howard, 1991; Gonçalves, 1996). Dado que a acção humana se desenvolve numa realidade construída socialmente na linguagem e que construímos conhecimento e significado através da acção proactiva daquela, Óscar Gonçalves (2000/2001), delineou três dimensões centrais da matriz narrativa, que permitem entender os processos de construção de significado do paciente. É com base neste sistema de classificação das componentes da matriz narrativa, que analisaremos as narrativas da amostra da nossa investigação. Debruçar-nos-emos resumidamente perante as propostas de vários autores que sugerem que a matriz narrativa pode ser analisada em termos de estrutura, processo e conteúdo, sendo estas três dimensões os eixos em torno dos quais a coerência, a complexidade e a multiplicidade da construção de significados e conhecimento do ser humano se organizam, respectivamente.

Em relação à dimensão da estrutura, vários autores defendem que o domínio do esquema estrutural da narrativa surge desde cedo no ser humano (Stein & Glenn, 1979; Larrea, 1994; MacKeough, 1992; Mandler e Jonhson, 1977). A capacidade para estruturar narrativamente a experiência é inerente ao desenvolvimento do ser humano, pelo que vários estudos revistos por Mancuso (1986) indicam que esta estrutura narrativa aos três anos de idade já está adquirida e há um aumento marcadamente regular em função da idade, no uso de todas as categorias principais dos esquemas sintáticos avaliativos (Labov, 1972, in Mishler, 1986)

Reportando-se a narrativa ao que acontece, tudo o que é experienciado é tornado significativo, compreensível e interpretado em função do tempo e da sequência (Crossley, 2000),

das relações e conexões (Polkinghorne, 1988). Vários autores identificaram séries idênticas de componentes presentes na narrativa, é o caso de Mandler (1984) que defende que a realidade se constrói através de um esquema narrativo que obedece a uma estrutura gramatical, assente em seis categorias ordenadas sequencialmente (contexto, acontecimento precipitante, respostas internas, objectivo, acção, resultado e finalização) e que permite ao indivíduo guardar, recuperar, processar e compreender a informação, sendo que quanto mais preenchida por aquelas categorias for a narrativa, mais coerente seria o significado da experiência. Deste modo, é aceite que as narrativas seguem um conjunto de regras pré-definidas e que uma narrativa coerente contém essa sequência, o que permitirá ao ser humano construir um processo de significação coerente ao organizar narrativamente as suas experiências de vida de acordo com esta estrutura (cf Gonçalves, 2002)

Para Sarbin (1986) elementos como localização no tempo e no espaço, convergem de modo a atribuir um sentido à história e o narrador tende a libertar ou eliminar os elementos contextuais que a tornariam inconsistente, salientando assim a ambiguidade enquanto elemento da narrativa. Para além da sequencialidade, temporalidade e causalidade, Gergen e Gergen (1988) enfatizam as noções de direcionalidade e coerência como princípios organizadores da matriz narrativa, na medida em que o estabelecimento de um objectivo, a selecção de acontecimentos relevantes e o estabelecimento de relações causais, são entendidos como os componentes que geram e mantêm a coesão lógica da história.

Russel e Van Den Broek (1992) propõem um modelo tridimensional para caracterizar a estrutura da narrativa, que abrange a conexão estrutural das narrativas, a representação da subjectividade dos sujeitos nas narrativas e a complexidade narrativa, nomeadamente o tipo e o nível de linguagem utilizados.

Baerger e McAdams (1999) têm vindo a demonstrar que uma maior estrutura e coerência narrativa andam a par com um funcionamento psicológico saudável. Sendo certo que vários episódios recontados podem ser consistentes com alguns temas de vida, se não for retirado e comunicado o significado global que diferentes experiências tiveram para a sua vida, as histórias distanciam-se ou desvinculam-se relativamente aos contextos de vida do sujeito e soam a histórias incoerentes que reflectem funcionamentos psicológicos menos adaptativos. Assim, uma narrativa coerente e bem integrada, pode ilustrar um funcionamento psicológico mais adaptativo, e a descontinuidade psicológica, bem como a dificuldade em atribuir significado às experiências adversas reflectem-se na construção de narrativas incoerentes. Sendo que o processo de

coerência é o organizador central da diversidade da experiência em totalidades (natureza gestáltica da narrativa), o bem-estar psicológico advém da capacidade dos indivíduos construírem sentido para essa diversidade. Segundo Óscar Gonçalves (2002), a coerência emerge dum processo simultâneo de construção de intra-narrativas e inter-narrativas que, por sua vez, resulta das relações que o sujeito estabelece entre os diferentes constituintes de cada episódio e as diversas histórias com que procura atingir a organização estrutural e, por conseguinte, a coerência. É este processo que permite ao sujeito o desenvolvimento de um sentido de autoria da sua própria existência. De acordo com o autor, se a coerência intra-narrativa e inter-narrativas de vida não é estabelecida, o indivíduo facilmente pode vivenciar sensações de estranheza e distanciamento em relação ao mundo e a si próprio, expressas através de sentimentos de desrealização, despersonalização, solidão e perdas de memória, desorientação e perda de objectivos de vida. Assim, a estrutura ou coerência narrativa, refere-se ao processo pelo qual os diferentes aspectos da narrativa se ligam uns aos outros de forma a proporcionar um sentido coerente de autoria. Na ausência de uma coerência narrativa, o indivíduo perde o sentido de autoria e os seus interlocutores afastam-se deste processo de co-construção ao constatarem a ausência de uma zona proximal que possibilite um sentido compartilhado da experiência. Neste sentido os estudos que visam a avaliação da coerência narrativa (Braeger e McAdams, 1999; Russell e Wandrei, 1996, in Gonçalves, O. 2002), apontam-na como sendo um importante preditor do bem-estar psicológico e do sucesso terapêutico.

Gonçalves e colaboradores (2000; 2001) desenvolveram um sistema complexo de codificação da estrutura e coerência narrativa, tornando-se num instrumento útil para a investigação, inspirado no modelo conceptual de Labov e Waletzky (1967) e nos métodos de análise desenvolvidos por Baerger e McAdams (1999) e Ferreira-Alves e Gonçalves (1999). Neste sistema são propostas quatro sub-dimensões, que se encontram interligadas na organização narrativa:

1) Orientação: refere-se à contextualização da narrativa, apresentando as personagens, o contexto histórico, social e espacio-temporal, bem como as circunstâncias relativas aos acontecimentos e experiências.

2) Sequência Estrutural: refere-se à sequência temporal de uma ou várias experiências, constituída pelo acontecimento inicial, resposta interna a este acontecimento, acção e

respectivas consequências, devendo conter uma relação lógica e uma causalidade compreensiva entre os vários elementos e permitir responder à questão “Então, o que aconteceu?”.

3) O Comprometimento Avaliativo: refere-se à tonalidade emocional do narrador, permitindo perceber o seu grau de envolvimento durante a produção narrativa e aceder ao significado emocional do episódio para o sujeito.

4) A Integração: refere-se ao sentido global ou fio condutor dos vários elementos ou das histórias relatadas. O narrador recorre à criatividade no sentido de integrar harmoniosamente, seguindo uma perspectiva gestáltica todos os elementos numa história.

Em suma, e recorrendo Baerger e McAdams (1999), uma narrativa será coerente na medida em que a) contextualiza a história em termos temporais, sociais e das circunstâncias pessoais envolvidas, apresentando os elementos necessários para o decurso da acção; b) Introduz os elementos estruturantes do episódio, tais como os acontecimentos que o despoletam, respostas internas do sujeito, novas acções e respectivas consequências; c) fornece referências avaliativas que permitem perceber o significado emocional da história para o narrador e, finalmente, d) organiza os elementos de uma forma integrada, enquadrando o significado das experiências num contexto de vida mais alargado ou no contexto da própria identidade do indivíduo.

Para um melhor entendimento da dimensão do processo narrativo, abordamos sumariamente o sistema de codificação de Lynne Angus, Hardtke & Levitt (1996), para a avaliação do processo narrativo, com vista a avaliar a complexidade da produção narrativa. Este sistema de análise implica primeiro uma identificação de unidades temáticas (expressões narrativas que obedecem a um mesmo conteúdo), posteriormente inicia-se o seu processo de codificação em um dos três modos de processo narrativo:

- a) Modo narrativo externo, refere-se à descrição de acontecimentos reais ou imaginados, presentes, passados ou futuros em termos do contexto físico, social, espacial e temporal;
- b) Modo narrativo interno, refere-se à experiência emocional subjectiva do narrador e das personagens da narrativa;
- c) Modo narrativo reflexivo, refere-se à análise interpretativa dos acontecimentos externos e da experiência subjectiva.

Em termos psicoterapêuticos, os referidos autores evidenciaram que a progressiva diferenciação do processo narrativo, a passagem de um modo externo para uma melhor elaboração de modos internos e reflexivos, parece associar-se a melhores resultados terapêuticos.

Em 2000, Gonçalves e Henriques, ao depararem-se com o facto deste sistema se mostrar pouco discriminativo em relação aos graus de complexidade dentro de cada modo narrativo, propuseram um manual de avaliação do processo narrativo que inclui mecanismos estilísticos pelos quais o indivíduo diferencia a sua narrativa, aumentando a sua complexidade e profundidade. É analisada a complexificação progressiva do processo narrativo, que possibilite a diferenciação da experiência sensorial, emocional, cognitiva e de significações. De acordo com este modelo Gonçalves e colaboradores (2000; 2001) referem quatro sub-dimensões centrais do processo narrativo, como ferramenta essencial para discriminar a variedade de experiências sensoriais, a complexidade dos estados subjectivos (emocionais e cognitivos) e a infinidade de significações possíveis revelados pelo sujeito ao narrar as suas vivências:

- a) A Objectivação: avalia em que medida o narrador apresenta uma descrição detalhada do episódio tendo em conta a exploração da multiplicidade do mundo sensorial na narrativa, procurando elementos ao nível da visão, da audição, do olfacto, do paladar e das sensações físicas respeitante à sua experiência;
- b) A Subjectivação Emocional: consiste na exploração da multiplicidade da experiência interna ao nível de emoções e de sentimentos que aparecem na narrativa associados aos acontecimentos;
- c) A Subjectivação Cognitiva: consiste na exploração da experiência interna ao nível dos pensamentos, cognições, ideias, desejos e hipóteses interpretativas experimentados pelo sujeito no decurso de um episódio;
- d) Metaforização: consiste na construção de metáforas que condensam os significados que abstraímos a partir da experiência, pelo que avalia a atitude reflexiva e meta-analítica desenvolvida pelo narrador na construção de múltiplos significados das suas vivências.

A dimensão do conteúdo narrativo está ligada à dimensão temática da narrativa, diz respeito à diversidade e multiplicidade da produção narrativa do indivíduo, ou seja, temas ou tramas narrativas, sequências de acções, número de personagens e contextos. O discurso patológico

afigura-se como uma invariante significação, resultante de uma incapacidade para uma visão multifacetada da experiência, limitada a protótipos narrativos que traduzem uma autoria narrativa inflexível. Uma narrativa monotemática, que dá conta das movimentações redundantes de um único personagem, num único cenário, será a expressão de uma indiferenciação ao nível da elaboração da experiência que em última instância poderá ser patológica (Gonçalves, et al, 2001). É da redundância de conteúdos que, a partir dos sistemas de significação dos clínicos, emergem facilmente tipologias diagnósticas (Gonçalves, 2002). É novamente a partir de quatro sub-dimensões que Gonçalves e colaboradores (2000; 2001) propõem que se avalie o conteúdo e multiplicidade das narrativas.

- a) As Personagens: existência de pessoas reais ou imaginárias na narrativa;
- b) Os Cenários: locais (ambiente ou paisagem) onde acontece a acção da narrativa;
- c) Os Acontecimentos: sequências narrativas com uma estrutura temporal determinada;
- d) Os Temas: referem-se a uma descrição ou perspectiva global de um conteúdo específico, ou uma descrição detalhada de diferentes aspectos de um determinado conteúdo.

“Existência narrativa” implica uma complexificação dos processos de construção do conhecimento, implica a construção de narrativas complexas que dêem conta de uma variedade de experiências sensoriais, da multiplicidade de aspectos emocionais e cognitivos e da pluralidade de significados.

Através desta metodologia, emerge como indicador de uma trajectória adaptativa de desenvolvimento a capacidade que o ser humano vai adquirindo de se construir, organizando-se a si próprio e à sua experiência em torno de narrativas coerentes, complexas e diversificadas, simultaneamente resultado e mecanismo de construção de significado, partindo das experiências aleatórias e caóticas que vai vivendo (cf Gonçalves, Korman & Angus, 2000; Gonçalves, 2000).

1.3. Desenvolvimento Narrativo

Narrar é uma manifestação que acompanha o homem desde a sua origem, podendo ser feita oralmente ou por escrito, usando imagens ou não. Gravações em Pedras; mitos que falam das histórias, das origens de povos, objectos, lugares; a Bíblia que inclui muitas narrativas, são

exemplos do seu uso na história. Reflectir sobre o acto de narrar é quase tão antigo quanto o próprio narrar. Platão e Aristóteles iniciaram, na tradição Ocidental, uma discussão entre o modo de narrar, a representação da realidade e os efeitos sobre os ouvintes e/ou leitores, que vem tendo continuidade até à actualidade (Silva & Trentini, 2002).

A prática de contar histórias, segundo Stein e Policastro (1984,in Gonçalves & Dias, 2003), é um dos muitos usos da linguagem na nossa sociedade, constituindo-se uma prática cultural que adquire tanto uma função social, viabilizando a preservação da cultura de uma civilização (ex. instruir os outros, explicar fenómenos naturais ou comunicar os códigos sociais e morais da sociedade), como uma função de reorganizar a experiência pessoal. É uma forma de comunicação das mais precoces na infância, universal e importante na socialização de valores e visões do mundo. É através do contar de histórias que comunicamos os conteúdos das nossas mentes, modulamos emoções e o narrador vai moldando a sua narrativa ao mesmo tempo que as histórias moldam o modo como este se vê e se experiencia no seu mundo (Capps & Ochs, 1995). Siegel (1999) refere as expectativas do ouvinte, na medida em que influenciam esse contar de histórias, conferindo às narrativas também uma função integradora a nível interpessoal. Nesta perspectiva, surge o papel das experiências precoces de vinculação, na medida em que constitui uma influência no modo como as crianças aprendem a narrar as suas histórias. Recorrendo aos dados da psicologia do desenvolvimento, o autor faz referência ao emergir de uma função narrativa (pelos três anos) que permite à criança criar histórias acerca dos acontecimentos que vai vivendo, construindo assim narrativas simples baseadas em descrições sequenciais de pessoas e acontecimentos, sendo já uma tentativa de dar sentido a esses acontecimentos e experiências internas das personagens. Se aos três anos as crianças começam por ter uma noção do que é uma história, pelos quatro, cinco anos, segundo Reilly e colaboradores (1998), conseguem atingir a mestria na maior parte das estruturas morfo-sintácticas da sua língua. Depois dos cinco anos, as crianças adquirem fluência e flexibilidade na utilização correcta dessas estruturas em função do género da história que pretendem construir. Aos seis anos, as crianças constroem narrativas estruturadas e completas, sendo que as competências narrativas continuam em desenvolvimento, aumentando o número de episódios até meados da adolescência.

Freitas (2005), com o objectivo de conhecer como narram as crianças ao longo do desenvolvimento debruçou-se sobre uma análise de 122 narrativas de crianças recrutadas do ensino regular, com um percurso desenvolvimental considerado normal, com idades entre os 3 e

os 10 anos (organizadas em três grupos: 3-4 anos, 6-7 anos e 9-10 anos). As narrativas foram analisadas tomando em consideração as suas três dimensões centrais (Estrutura, Processo e Conteúdo, seguindo a proposta de análise de Óscar Gonçalves 2000, 2001), as diferenças de género e níveis sócio-culturais. Os resultados demonstraram existir evolução ao longo dos três grupos etários em todas as dimensões narrativas, sendo notoriamente significativa entre o grupo 3-4 anos e os restantes dois grupos, verificando-se que as narrativas das crianças mais pequenas são sempre mais pobres em qualquer das dimensões analisadas. Entre os 3 e os 10 anos, verificou-se que as crianças são capazes de contar histórias de forma gradualmente mais coerente, mais complexa e com crescente multiplicidade de acontecimentos, cenários, personagens e temas. Freitas, verificou que a partir dos 6 anos as narrativas dão um salto qualitativo em todas as dimensões estudadas, voltando a encontrar-se dos 6 para os 9-10 diferenças significativas apenas no que concerne à coerência estrutural. Para todas as idades Freitas (2005), verificou que no total, a dimensão mais elevada é a do conteúdo, seguindo-se a dimensão da estrutura e finalmente do processo. No que se refere à diferença de géneros e níveis sócio-culturais, não foram encontradas diferenças significativas na construção narrativa.

Após os 10 anos, chegados a adolescência, há alterações ao nível do corpo, do pensamento, da visão do mundo e de si próprio “a reemergência do corpo na adolescência é também a emergência da sensorialidade, janela aberta para a construção activa de novas narrativas” (Gonçalves, 1995, p.44). Nesta fase, emergindo novas descobertas, a criatividade alia-se a um pensamento que voa por um espaço maior, trazendo novas verdades e muitas dúvidas, o adolescente parte em busca de outras metáforas afim de construir um sentido coerente de autoria para a sua vida. McKeough & Genereux (2003) defendem que ao longo da adolescência se verificam transformações narrativas quer ao nível do desenvolvimento da complexidade estrutural, quer ao nível do desenvolvimento do conteúdo do pensamento narrativo.

Rocha, seguindo os mesmos pressupostos e metodologia de Freitas, também em 2005, estudou o desenvolvimento narrativo na adolescência, analisando 126 narrativas de adolescentes provenientes do ensino regular, com uma trajectória desenvolvimental normal, e com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos (organizadas em três grupos: 11-12 anos, 14-15 anos e 17-18 anos). Observou uma clara tendência desenvolvimental narrativa ao longo das faixas etárias estudadas, verificando-se na adolescência tardia um salto desenvolvimental significativo para todas as dimensões narrativas relativamente à adolescência intermédia e precoce. Os adolescentes de 17-18 anos constroem narrativas com uma boa coerência

estrutural e uma boa multiplicidade de conteúdo embora apresentem uma fraca complexidade processual. Relativamente às diferenças de género, verifica-se que o sexo feminino ultrapassa significativamente o sexo masculino nas três dimensões da matriz narrativa, mas não em todas as sub-dimensões. No que se refere ao Nível Socio-Cultural (NSC) apenas se verificaram diferenças significativas entre o NSC Alto e o NSC Médio na sub-dimensão metaforização, não sendo detectadas diferenças significativas entre as restantes sub-dimensões do processo e dimensões da estrutura e conteúdo entre os diferentes níveis sócio-culturais.

Spinillo e Martins (1997), recorrendo a uma metodologia distinta da que estamos a abordar nesta investigação, realizaram um estudo com crianças entre os 6 e os 7 anos de idade com níveis de escolaridade distintos: pré escolares não alfabetizadas, crianças na fase da aquisição da leitura e escrita e crianças já alfabetizadas, afim de analisar as capacidades das crianças ao nível da coerência na produção narrativa. Os resultados evidenciaram que a maior dificuldade encontrada consistiu em relacionar e integrar o desfecho da história aos eventos anteriormente narrados, dificuldade esta, menos observada nas crianças alfabetizadas. Gonçalves e Dias, (2003) replicaram este estudo com jovens e adultos não alfabetizados e com jovens e adultos que estão a terminar a educação básica. Concluiu-se igualmente neste estudo que a escolaridade, designadamente a aquisição da leitura e da escrita, influencia no estabelecimento da coerência, sendo que um maior tempo de exposição ao ensino formal da leitura e da escrita favorece o processo de construção de sentido em situações de produção oral de histórias. A maior dificuldade encontrada vai de encontro ao estudo anterior (com crianças), foi em relação ao desfecho, sendo que relacionar o desfecho de uma história com os demais indicadores de coerência narrativa é uma tarefa cognitiva e linguística bastante complexa, pois envolve 3 processos concomitantes: o que é produzido no momento (desfecho da narrativa), o que já foi produzido (desenvolvimento da narrativa: eventos) e a relação entre estes dois processos. A produção de uma história coerente, requer um esforço por parte do narrador na preservação da cadeia narrativa anteriormente elaborada, processo que envolve a memória de trabalho, e no estabelecimento de relações entre as diversas partes da história coordenando-as e integrando-as (processamento da informação). Através dos resultados obtidos por Spinillo e Martins (1997) e por Gonçalves e Dias (2003), podemos pensar na superação dessas dificuldades através da planificação de situações didáticas, com ênfase em actividades pedagógicas que propiciem aos alunos uma reflexão sobre as partes constituintes do texto, afim de entender a organização linguística e a estrutura da história que narra (Gonçalves & Dias, 2003).

No estudo de Gonçalves e Dias (*ibidem*), verificou-se não haver nenhuma produção de histórias no nível mais elementar de coerência, mesmo no que respeita aos sujeitos não alfabetizados, sugerindo que para além da escolaridade, outros factores (conhecimento do mundo, conhecimento partilhado, factores pragmáticos, etc.) influenciam a coerência na produção de histórias. Juntando a estes achados, os resultados obtidos na investigação de Rocha (2005), colocamos a hipótese no sentido em que é defendida por Larrea em 1994, de que “as interacções familiares desempenham um papel mais importante no desenvolvimento da construção narrativa do que a escolarização” (cit in Freitas, 2005, p. 81). Dado que a família se encontra envolta numa atmosfera social e cultural própria, Peterson e McCabe (1994, in Freitas, 2005) referem, na mesma altura, a importância dos diferentes padrões de socialização parentais na fundamentação das variações culturais verificadas no discurso das crianças. “A interacção com os adultos mostra às crianças que as narrativas são importantes, encoraja-as a desenvolver as suas histórias e permite-lhes aprender como organizar as suas histórias e que tipo de informação devem conter, nomeadamente informação como orientação temporal e espacial” (Peterson e McCabe, 1994 cit in Freitas, 2005, p. 81).

Ao longo da vida adulta o contar de histórias poderá ou não evoluir, dependendo da cultura, meio e da natureza narrativa da comunicação onde se está inserido. Segundo T. Carraher; D. Carraher e Schliemann (1995, in Gonçalves & Dias, 2003), a cultura direcciona o desenvolvimento da mente de forma a que: aprendemos a língua falada por aqueles que nos cercam, e partilhamos com as pessoas que a utilizam. Para Siegel (1999) as relações são eixos fundamentais na organização da experiência actual, bem como do cérebro em desenvolvimento, afectando directamente a memória, a narrativa, a emoção, as representações e os estados da mente. O modo particular como o processo narrativo decorre e como cada criança se vai tornando autora de si, passa pela relação que estabelece com os outros, nomeadamente com a família por ser com quem estabelece as suas primeiras relações interpessoais, resultando em diversas combinações de coerência estrutural, complexidade processual e diversidade de conteúdo na elaboração das suas narrativas. Minami (2001) refere a propósito da importância da interacção mãe-criança que a forma como a mãe verbalmente interage com a criança durante a eliciação narrativa reflecte-se no desenvolvimento da capacidade narrativa da criança. Segundo Harris (2000, in Freitas, 2005), o diálogo permite à criança a organização narrativa dos seus episódios de vida emocionalmente coloridos e uma representação narrativa coerente, que por sua vez possibilita que a criança reflecta sobre as implicações emocionais dos

acontecimentos. Estando o desenvolvimento narrativo subjacente a um processo de co-construção, e se a família é por norma o primeiro contexto de socialização da criança, então é fundamental termos as suas características em consideração. Em 2001, Masahiko tomando em consideração as diferenças culturais e a sua influência na construção narrativa refere “porque a narrativa é uma actividade situada socioculturalmente, um estilo de discurso narrativo específico reflecte, não apenas os processos de socialização linguísticos, como também representa uma estrutura fundamental que foi cultivada socioculturalmente” (Masahiko, 2001, cit in Rocha, 2005, p.47).

Torna-se clara a emergência precoce dos esquemas narrativos percebidos como orientadores basilares no processo de conhecimento, a influência das interacções verbais entre a criança e a sua família bem como a importância do meio sócio-cultural envolvente e as mudanças que se operam como a adolescência no desenvolvimento narrativo. Apresentámos resultados referentes ao desenvolvimento narrativo em crianças e adolescentes com trajectórias de vida normal, debruçemo-nos então sobre a produção narrativa em crianças cuja trajectória de vida se encontra afectada pelo Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção.

2. Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção

*“Dirigiu-se então para eles, cabisbaixo,
para lhes mostrar que estava pronto para morrer.
Foi então que viu seu reflexo na água: o patinho feio
se transformara num magnífico cisne branco...”
Hans Christian Andersen (1805-1875)*

Escolhemos o Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção (DHDA) dado ser um distúrbio do comportamento comumente diagnosticado na infância, com impacto no funcionamento social, emocional e escolar da criança bem como da sua família. Ocorre em várias culturas, com variações na sua prevalência nos diferentes países ocidentais (provavelmente devido à diversidade de práticas de diagnóstico). Segundo DSM-IV-TR (APA, 2000) trata-se de um distúrbio psiquiátrico que se caracteriza pela presença de desatenção, hiperactividade e impulsividade que exige a presença de, pelo menos, seis sintomas de uma lista de nove de desatenção e/ou seis sintomas de uma lista de nove de hiperactividade - impulsividade para que o diagnóstico seja estabelecido em crianças, adolescentes ou adultos (critérios de diagnóstico em anexo 1). Esta é a perspectiva mais comumente aceite pela comunidade científica, estando diversas investigações baseadas na definição proposta pela APA. Descrito na antiguidade e documentado anedoticamente na literatura universal, o DHDA foi identificado pela primeira vez em larga escala no início do século XX, quando crianças com *encefalite de von Economo* desenvolviam sintomas de hiperactividade, impulsividade e desatenção. Crianças impulsivas como estas foram rotuladas como tendo “dano cerebral mínimo” (embora não haja evidência directa de tal condição), “disfunção cerebral mínima”, “síndrome hipercinética” e “síndrome de hiperactividade” (Popper, et al, 2006, p.790). Segundo a DSM-IV-TR (APA, 2000) o DHDA pode ser subdividido em três tipos, de acordo com a predominância dos sintomas: predominantemente desatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo e combinado (descrição dos subtipos em anexo 2). O Distúrbio é mais frequente no sexo masculino do que no feminino com uma proporção que oscila entre 2:1 e 9:1, dependendo do tipo (por exemplo, o Tipo Predominantemente Desatento pode ter uma relação entre géneros menos pronunciada) e do ambiente (por exemplo, é mais provável que as crianças referenciadas clinicamente sejam do sexo masculino). Inúmeras pesquisas mostram que crianças com DHDA do tipo combinado ou predominantemente hiperactivo-impulsivo diferem daquelas sem hiperactividade, não apenas, no seu padrão emocional e comportamental, como também no funcionamento cognitivo (Lahey & Carlson, 1991). As características nucleares da DHDA são

comummente conhecidas pela desatenção, a hiperactividade e a impulsividade, afectando de modo adverso o desempenho académico, os relacionamentos familiar e social e o ajustamento psicossocial, todavia para além destes sintomas básicos da perturbação, em mais de 50% dos casos existe comorbilidade (o que torna o prognóstico a longo prazo mais comprometedor) com perturbação da aprendizagem, perturbações do humor e da ansiedade, perturbações disruptivas do comportamento e perturbação de abuso de substâncias e de álcool (Biederman, 1993; Jensen e cols.,1997; Souza, 2001). Somente na década de 90 se tornou claro que as perturbações denominadas de internalizadas¹ ocorriam em comorbilidade com DHDA. As perturbações externalizadas², segundo Bird e colaboradores., (1990) já eram diagnosticados em crianças com DHDA há mais de 20 anos. Além de todos estes factores, crianças que experimentam precocemente fracasso, o que acontece comummente na DHDA, tornam-se muito vulneráveis a problemas psicossociais variados que podem tornar-se crónicos e atingir diferentes áreas da sua vida. Os sintomas podem persistir na adolescência e na vida adulta, sendo o diagnóstico também difícil de fazer neste período etário dado que as comorbilidades do DHDA são mais facilmente identificadas como o problema principal. A prevalência do DHDA está estimada em 3% a 7% das crianças em idade escolar e persiste segundo Wender, (1995) em mais de metade dos casos na vida adulta. É mais difícil estabelecer este diagnóstico em crianças de idade inferior a 4 ou 5 anos do que nas crianças mais velhas, dado o comportamento daquelas ter características que facilmente se confundem com a sintomatologia de DHDA, na medida em que a actividade motora é normalmente aumentada nesta fase do desenvolvimento (Golfeto, 1997,in Golfeto & Barbosa, 2003). É comum aparecer na literatura referências a controvérsias relativas à prevalência do DHDA e ao seu diagnóstico e tratamento, persistindo a ideia de se tratar de um distúrbio passível de ser sobrediagnosticado. As crianças hiperactivas são descritas por Barkley em 1981, como muito activas, desatentas e impulsivas, dificuldades que se evidenciam em situações que requerem atenção sustentada e actividades restritas. Nas crianças em idade escolar com DHDA, tem-se vindo a demonstrar a existência de um défice marcado em relação ao desempenho escolar, dado que os sintomas de falta de atenção afectam as tarefas e o rendimento escolar sendo esse défice mais proeminente durante os primeiros anos da escola. Os sintomas impulsivos podem também dar lugar a dificuldades em seguir as regras familiares e escolares bem como do contacto interpessoal. O confronto de certas crianças

¹ Internalização: traduz a compreensão dos conflitos com o self, ou seja, refere-se a perturbações em que os problemas estão centrados na própria criança ex. ansiedade e depressão)

² O termo de externalização foi introduzido para reflectir acerca dos problemas que envolvem conflitos com o ambiente e que estão maioritariamente centrados na relação com os outros, ex. problemas de comportamento, agressividade, perturbação desafiante-opositora

com ambientes altamente estruturados e orientados para a tarefa, em que as exigências curriculares, comportamentais e cognitivas são especialmente acentuadas, faz emergir padrões comportamentais que facilmente se confundem com a sintomatologia clínica característica do DHDA. A literatura refere-se um sobrediagnóstico deste distúrbio em crianças onde não estão presentes todos os critérios inerentes ao diagnóstico diferencial, com a medicação das mesmas muitas vezes indevidamente para as “acalmar”.

O estudo da etiologia do DHDA vem sendo objecto de muitas investigações, especialmente a partir do início da década e 90. Embora as causas precisas deste distúrbio ainda sejam desconhecidas, a influência de factores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceite na literatura (Tannock, 1998). Caracterizado por sintomas de desatenção, hiperactividade e impulsividade, a existência de diferentes quadros clínicos, bem como as várias possibilidades de tratamento, indica que, pelo menos ao nível fenotípico, o DHDA é uma patologia bastante heterogénea. Provavelmente casos diversos com fenomenologias particulares (heterogeneidade clínica) também apresentam heterogeneidade etiológica, pelo que, factores genéticos e ambientais diferentes devem actuar na manifestação das características que compõem os vários quadros clínicos do DHDA (Nigg & Goldsmith, 1998; Todd, 2000, in Roman, et al, 2003). Embora a década de 90 tenha sido um momento de reflexão acerca das investigações precedentes, tentando com novas pesquisas validar modelos anteriormente desenvolvidos, reside ainda uma indefinição do quadro sintomático, dos problemas de comorbilidade com o Distúrbio de Oposição, o Distúrbio de Conduta e as Dificuldades de Aprendizagem. O futuro do estudo da etiologia do DHDA, envolve certamente a definição de possíveis “subfenótipos” nos quais a heterogeneidade etiológica esteja reduzida. A identificação dos possíveis factores genéticos e ambientais é fundamental, uma vez que essa informação está directamente relacionada com o esclarecimento da patofisiologia do DHDA e, conseqüentemente, ao seu tratamento e prevenção. De acordo com a literatura actual, os sintomas do DHDA são originados por disfunções no funcionamento cerebral e a variação nas manifestações clínicas do DHDA reflecte, presumivelmente, a complexidade dos processos biológicos implicados na origem dos seus sintomas, supondo-se que devam estar envolvidas alterações em diferentes sistemas de neurotransmissores em especial no sistema dopaminérgico (Servan-Schreiber e cols., 1997; Wickelgren, 1997, in Rohde & Mattos, 2003), sendo esta perspectiva corroborada por vários estudos de neuroimagem, neuropsicologia e bioquímica (Faraone e cols., 1998).

Para entender o DHDA é necessário abordar os mecanismos cognitivos subjacentes, necessitamos de nos aproximar do conhecimento sobre o funcionamento do cérebro da criança com DHDA. As aproximações cognitivas mais recentes ao nível do DHDA fazem referência de forma praticamente unânime, à implicação das funções executivas derivadas da actividade do córtex pré-frontal e das estruturas a ele vinculadas no DHDA. As funções atribuídas aos circuitos fronto-estriados permitem entender tanto os *deficits* cognitivos do DHDA como a dos processos comórbidos. Um disfuncionamento ao nível das funções executivas, dá lugar a determinadas alterações cognitivas a vários níveis: na capacidade para gerar comportamentos com um objectivo determinado; na resolução planificada e estratégica de problemas; na capacidade de ter atenção a diferentes aspectos de um problema; na capacidade de direccionar a atenção de forma flexível; na resistência à distração e interferências; na capacidade de inibir tendências espontâneas que conduzem a um erro; na capacidade para reter na memória de trabalho a informação essencial para uma acção e o essencial de uma situação complexa; na capacidade de manter um comportamento durante um período relativamente longo e de organizar e administrar o tempo.

Inerente à etiologia e concepção do DHDA, enquanto distúrbio percebido do ponto de vista neurobiológico, existe uma polémica sobre qual me debruçarei de seguida. Apesar das evidências claras de anomalias estruturais e funcionais do cérebro e da influência genética (Faraone & Biederman, 1998; Faraone & Doyle, 2001, in Biederman & Faraone, 2004) nos défices no funcionamento de áreas cerebrais que controlam a inibição, a atenção e o auto-controlo, os defensores da visão DHDA como variante do normal, negam ou ignoram as bases biológicas (e.g., Joseph, 2000). The World Federation for Mental Health (WFMH) *guidelines* (2003), tentam esclarecer esta matéria, clarificando o DHDA como um distúrbio com causas biológicas, provocado por um desequilíbrio de alguns dos neurotransmissores a nível cerebral, podendo ter impacto em todos os aspectos da vida, incluindo escola, família e vida social, até à idade adulta. Essas alterações neuroquímicas são, presumivelmente, contornadas ou minimizadas com medicamentos utilizados para o tratamento da perturbação, que se têm revelado eficazes em crianças, adolescentes e adultos, modificando a qualidade de vida dos indivíduos.

Encontramos todavia uma grande variabilidade de leituras que se referem ao DHDA, seguindo uma perspectiva mais direccionada para as ciências sociais, deparamo-nos com uma análise deste distúrbio diferente da anteriormente descrita. O diagnóstico do DHDA tem vindo a

ser contestado por vários autores de perspectivas diferentes, defendendo não se tratar de um distúrbio, mas de uma variante (extrema) do normal. Deste ponto de vista, DHDA é “causada” por crianças muito energéticas (consideradas normais), aulas aborrecidas ou stress dos pais e dos professores com dificuldade em suportar os comportamentos mais agitados destas crianças.

McLaughlin (2005) faz referência aos distúrbios da infância, como é o caso DHDA, seguindo uma abordagem relacionada com o trabalho sociológico. Refere Rosenberg quando este diz que o distúrbio de défice de atenção serviu para “naturalizar e legitimar concepções de diferença e desvio” (Rosenberg, cit in MaLaughlin, 2005 p. 286) e acrescenta, categorizar uma doença serve como uma estrutura para “assimilar a incoerência e a arbitrariedade da experiência humana a um sistema largo de instituições, relações e significados nos quais todos existimos como seres sociais” (Rosenberg, cit in MaLaughlin, 2005 p. 286). Uma vez se determine essa categoria para a criança, os que a rodeiam “vêm o comportamento da criança como sintomas em vez de expressões da sua própria e única personalidade” (Molloy, cit in MaLaughlin, 2005 p. 286). Conrad e Potter (2005), examinam como o DHDA nos EUA se modificou de condição de criança para uma condição agora identificada entre adulto e argumentam: “diagnósticos novos raramente emergem simplesmente como resultado de novas descobertas científicas. Estudos com fármacos demonstraram que agentes como grupos de auto-ajuda, movimentos sociais, organizações relacionadas com a saúde, companhias farmacêuticas, investigadores académicos e clínicos podem ser centrais em criar diagnósticos científicos” (cit in MaLaughlin, 2005 p. 286). Esta perspectiva aponta para uma responsabilidade mais alargada entre os vários profissionais e actores institucionais envolvidos no tratamento de crianças “com distúrbios”, para pensar sobre as consequências sociais do “rótulo” que vem com o diagnóstico. Há que ter também em consideração que embora os critérios de diagnóstico publicados na DSM-IV-TR (APA, 2000) apontem no sentido da objectividade do diagnóstico, a aplicação destes critérios está baseada em considerações e julgamentos subjectivos dependentes da precisão da informação dada por pais e professores. E cito Wender, (2002, p.209) quando refere que “apenas, quando e se marcadores biológicos forem encontrados para identificar a condição, esta subjectividade será eliminada”. Esta é de facto uma inerência da psiquiatria e da psicologia que sempre suscitará discussões, todavia ao abordar o DHDA é necessário ter em consideração uma abordagem multimodal, tocando em diferentes perspectivas e autores. Em resposta a estas dúvidas de diagnóstico, autores como Brown, (2000) e Rohde, (2002), argumentam que o DHDA não pode ser considerado meramente como um comportamento mais exuberante de um pequeno grupo

de crianças, uma vez que se associa a um comprometimento funcional da vida académica, profissional e de relação. Não pode ser também, considerada como uma perturbação secundária a problemas na educação recebida pelos pais ou cuidadores, uma vez que a prevalência do distúrbio é muito semelhante entre culturas muito distintas entre si: prevalências similares são vistas nos Estados Unidos, na Austrália e no Brasil, quando métodos de diagnóstico semelhantes são utilizados.

2.1. DHDA como um processo de inibição

As crianças com DHDA, por definição exibem dificuldades relacionadas com a atenção que se acentuam particularmente em tarefas que se exige vigilância ou uma manutenção prolongada da atenção (Douglas, 1993; in Lopes, 2004). Contudo, a evidência empírica relativa à existência de uma disfunção da atenção em crianças com DHDA está seriamente posta em causa (Sergeant, 1988; in Lopes, 2004), a literatura aponta para a concepção dos comportamentos “distraídos” das crianças hiperactivas como devendo-se a uma incontável dificuldade em gerir o tempo, explicada por um distúrbio nos mecanismos auto-regulatórios, sendo mais correcto falar em dificuldades de inibição de uma resposta inadequada do que num problema específico de atenção (Lopes, 2004).

Segundo William James (1890), a atenção “é a tomada de posse pela mente, de forma vivida e clara, de algo que é destacado do que parece ser vários objectos, ou fiadas de pensamentos simultâneos possíveis. A focalização e a consciência são a sua essência. Isto implica ignorar alguns objectos de maneira a lidar efectivamente com outros” (citado por Alberto, 2003, p.232). Em 1986, Baddeley no seu modelo de memória de trabalho, baseando-se em Normam e Shallice (1980), sugeriu o modelo do Sistema de Controlo Supervisor da Atenção (SAC) que visa procurar e activar os esquemas necessários para a execução de uma tarefa, mantendo-o activado até à conclusão da mesma, inibindo esquemas desnecessários à tarefa em curso. Levit e Jonhstone (2001,in Alberto, 2003) propuseram uma Taxinomia *Funcional* da Atenção que tem sido amplamente aceite e que divide a atenção em quatro dimensões essenciais: o *arousal*, a atenção focalizada, a atenção dividida e a atenção sustentada. Em 2002, Sturm & Leclercq (in Alberto, 2003) propuseram dois mecanismos diferentes da atenção: intensidade que diz respeito aos sistemas de alerta e vigilância e selectividade que se refere à

atenção focalizada ou selectiva e à atenção dividida. A investigação concebe a hipótese de que o componente principal do sistema executivo envolvido nas dificuldades de aprendizagem é o controlo da atenção, tratando-se de uma função cerebral com a finalidade de seleccionar de entre a imensidão de estimulações sensoriais, que chegam simultânea e incessantemente ao cérebro, as que são relevantes para a realização. Contudo os problemas relacionados com a atenção não podem ser separados de problemas relacionados com a impulsividade ou de défices ao nível da inibição do comportamento em resposta a exigências situacionais (Westby & Cutler, 1994). A impulsividade, tal como a atenção, tem uma natureza multidimensional (Milich & Kramer, 1985; in Lopes, 2004), não sendo claros os aspectos em que se apresenta problemática para as crianças com DHDA (Barkley, 1990; in Lopes, 2004), podendo todavia, ser entendida como uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiamento da gratificação, como um défice na capacidade de adesão a regras e de regulação ou de inibição de comportamentos em situações sociais (Barkley, 1990; Rapport, Tucker, DuPaul, Merlo & Stoner, 1986; in Lopes, 2004). Barkley (1990, 1997) conjecturou como sendo específico do DHDA a hiperactividade e a desinibição comportamental em detrimento da desatenção, clarificando como sintomas que melhor discriminam as crianças com DHDA das crianças normais, os erros por impulsividade, os níveis excessivos de actividade, controlo pobre dos impulsos e incapacidade de inibição de comportamentos. Russel Barkley (1990), avança então com a hipótese dos problemas de atenção serem secundários relativamente à desinibição comportamental e ao controlo dos impulsos, e em 1997, elabora um modelo para o DHDA, em que a base conceptual está muito próxima do modelos da auto-regulação de Zimmerman (1994). Segundo a proposta de Barkley para explicar o DHDA, este é determinado por uma conjunção interdependente de diversos distúrbios das funções executivas, cujo resultado explicaria os sintomas da perturbação e, dado que essas funções não são específicas para o DHDA, contribuem para explicar muitos aspectos sobre a comorbilidade. Vários estudos apontam no sentido de que a evidência de disfunção executiva frontal é basilar no DHDA. Défices nestes processos cognitivos levam ao aumento de problemas no planeamento, organização, monitorização e regulação do comportamento que, por sua vez, são a base dos sintomas emergentes de desatenção, impulsividade e hiperactividade. Esta evidência reforça a teoria do DHDA, que assume que o deficit fundamental se trata de uma incapacidade para inibir respostas preponderantes a um evento, que por sua vez perturba outras funções executivas que são cruciais para desenvolver o auto-controlo e direccionar o comportamento em direcção ao

futuro, incluindo o uso do discurso interno, auto-dirigido, para a auto-regulação (Barkley, 1994; Shelton & Barkley, 1994, in Tannock, & Schachar, 1996). As funções executivas são consideradas como acções auto-dirigidas que o indivíduo utiliza para se auto-regular, sendo as que mais se evidenciam como perturbadas no DHDA: acções auto-dirigidas, organização do comportamento no tempo, utilização do discurso interno, seguimento de regras e capacidade de planeamento, a capacidade de adiar a gratificação (satisfação dos desejos) e acções intencionais orientadas para objectivos futuros. O núcleo disfuncional segundo Barkley (1997), localiza-se no *deficit* de inibição de respostas e comporta três processos comportamentais interrelacionados: (a) inibição da resposta iminente inicial antes de um acontecimento; (b) retardamento de uma resposta já iniciada ou um padrão de resposta habitual a fim de protelar uma decisão ou manter essa resposta; (c) protecção deste período de retardamento e as respostas auto-dirigidas que se geram de outras respostas ou eventos competitivos (controlo da interferência). Sem este controlo das respostas, possivelmente não se poderiam desenvolver outras funções executivas, que ficariam bloqueadas pela ausência de controlo sobre a inibição do comportamento quando este não é adequado (Artigas-Pallarés, 2003). Neste modelo, os desvios funcionais são percebidos como alterações do curso normal de desenvolvimento, sendo enquadrados em função do grau de desfasamento. Estas crianças experimentam particulares dificuldades em tarefas que exigem estratégias complexas de resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho, verificando-se também um défice na capacidade de verbalização de instruções no decurso da tarefa, o que dificulta a sua realização. Estas dificuldades levam-nos a inferir a possibilidade de estarem presentes no seu funcionamento défices significativos nos “processos executivos” nomeadamente ao nível do sistema de memória. De facto segundo Barkley, (1990) e Tannock, (1998), crianças com DHDA têm evidenciado défices nas medidas cognitivas das funções executivas, em particular aquelas que se correlacionam com o controle inibitório, tendo-se destacado a importância da memória de trabalho (Eslinger, 1996) que é fundamental para o processamento da linguagem. O desenvolvimento do auto-controlo ou da auto-regulação do comportamento está dependente da internalização de uma linguagem de regras orientadoras (Luria, 1961; Vygotsky, 1962, in Westby & Cutler, 1994). Baddeley e Hitch, (1994, in Artigas-Pallarés, 2003) propuseram um modelo segundo o qual a memória de trabalho se sustenta na representação mental da linguagem (parte fonológica) e imagens visuais (parte visual). Segundo o modelo de Baddeley (1989), a memória de trabalho implica uma interface entre a percepção, atenção, memória e acção, é controlada e regulada por um sistema executivo central que regula

os processos cognitivos e onde interagem dois sistemas de armazenamento subsidiários: o ciclo fonológico (memória fonológica) e a memória viso-espacial. O ciclo fonológico está associado à memória a curto prazo e compõe-se por um armazém fonológico passivo, que armazena a informação através de um código fonológico, que declina com o passar do tempo (um ou dois segundos), e por um processo de controle articulatório, um sistema de pesquisa activo, que tem a função de actualizar as informações existentes no armazém fonológico (Miyake & Shah, 1999). Os itens são conservados no composto fonológico num curto espaço de tempo, e aí retidos através do processo de repetição mental, gerando uma linguagem verbal interior. Todo este discurso interno é essencial na leitura e na escrita. A memória viso-espacial (*visuospatial sketchpad*) é responsável pelo processamento e armazenamento da informação visual e espacial servindo-se das imagens mentais que, de acordo com as necessidades, assomam à mente e se mantêm durante um curto espaço de tempo, combinadas com a linguagem interna para organizar e planificar as acções (Artigas-Pallarés, 2003). Ambos os sistemas de armazenamento (memória visual e ciclo fonológico) estão directamente ligados ao sistema executivo central, sendo este o principal responsável não só pela coordenação da actividade do sistema cognitivo, mas também por dedicar alguns recursos à crescente informação que é retida nos dois subsistemas (Baddeley, 2000; Swanson, Harris & Graham, 2003). Barkley nos seus primeiros artigos, deu preeminência ao papel dos défices ao nível da inibição no DHDA, pronunciando-se em 1997, relativamente aos défices na “memória de trabalho” neste distúrbio “poor behavioral inhibition, as in ADHD, should lead to secondary deficiencies in Working memory and its subfunctions” (Barkley, 1997, p. 77). Refere também no que respeita aos défices de inibição no DHDA que: “os que têm DHDA têm menos probabilidade em recordar e manter na mente informação sobre passado (hindsight) e em formular um plano para o futuro (forethought and planning)” e “crianças com DHDA provavelmente exibiriam com o tempo menos controle no comportamento e um maior défice na organização do comportamento” (Barkley, 1997,p.77). Estas afirmações e escolhas metodológicas sugerem que a definição de Barkley de memória de trabalho inclui o armazenamento a curto prazo e componentes do sistema executivo central referidos no modelo de Baddeley (Karatekin, 2004). No entanto ele não usa o sistema de Baddeley para analisar os défices na memória de trabalho no DHDA, sendo as tarefas de “memória de trabalho” que refere nos seus estudos (e.g. Barkley, Murphy, Dupaul, & Bush, 2002) geralmente complexas envolvendo os vários componentes do modelo de Baddeley. Em 2000, Baddeley acrescentou ao seu modelo o *buffer episódico*: responsável pela integração da

informação proveniente dos subsistemas da memória de trabalho e da memória a longo termo. É controlado pelo sistema executivo, que é responsável pela integração da informação proveniente de várias fontes em episódios coerentes, recuperados depois à consciência. Este componente torna-se importante na criação de novas representações cognitivas, na actualização das informações, facilitando a resolução de problemas. Em 2004, Karatekin estudou a memória de trabalho no DHDA, tendo concluído que as crianças com DHDA não têm uma deterioração generalizada na memória de trabalho, expressam a informação verbal e espacial da mesma maneira que as crianças saudáveis, todavia podem ter dificuldades, comparadas com as crianças normais, no componente executivo central da memória de trabalho, no que se refere à capacidade de dividir a atenção entre duas tarefas.

É sobretudo a memória de trabalho que viabiliza as operações linguísticas, já que estas transcorrem no tempo, mas são processadas sucessiva e paralelamente no modo computacional, precisando portanto, ser mantidas pelo tempo necessário para sua análise (compreensão) ou formulação (produção). Neste ponto enfatizamos a possibilidade de uma significativa interferência do DHDA no processamento linguístico, já que pode haver um comprometimento da memória de trabalho, das capacidades comunicativas e da capacidade de planeamento indispensáveis àquele (Lima & Albuquerque, 2003). O comprometimento da memória de trabalho não verbal manifesta-se na dificuldade em manter os acontecimentos acessíveis na mente, manipulá-los ou agir em conformidade com eles e de antecipar consequências futuras, dado ter dificuldade em termos de organização temporal das acções e em articular os objectivos futuros com o registro de material do passado, cuja recuperação depende da memória de trabalho. Assim, as crianças com DHDA, embora tenham capacidade de avaliar o futuro e as consequências do seu comportamento, não conseguem agir de acordo com esse conhecimento, sendo as suas acções comandadas por aquilo que o meio lhe proporciona naquele momento. A sua resposta obedece a um esquema de reforço imediato, uma vez que não consegue manter a atenção nas suas representações internas e guiar as suas acções por uma perspectiva futura. Os défices da memória de trabalho verbal no paciente com DHDA vão-se reflectir na dificuldade em utilizar auto-instruções verbais para orientar os comportamentos. Encontram-se deficitárias as capacidades de reflexão, auto-questionamento e solução de problemas verbais; a orientação do comportamento por regras e instruções verbais e a geração de regras, meta-regras e planos, assim como o comportamento pelo senso do passado e do futuro (Mattos, et al, 2003). A internalização da linguagem constitui um

instrumento tanto de reflexão como de planificação que permite a resolução de problemas e o seguimento de um comportamento guiado por normas. Graças a ela, o comportamento é menos variável e menos controlado pelas circunstâncias. Portanto, facilita a prossecução de projectos e a capacidade de protelar a gratificação quando se precisa de obter um objectivo a médio ou a longo prazo (Artigas-Pallarés, 2003). Assim, o auto-controlo é utilizado como sinónimo de auto-regulação e definido como a capacidade de manipular intencionalmente operações mentais, como o discurso interno ou as imagens mentais, com objectivo de regular o comportamento no interesse próprio (Lopes, 2004). O DHDA é então caracterizado por Barkley em 1990, como um défice de desenvolvimento da inibição comportamental, que resulta na perturbação das funções executivas ligadas à auto-regulação, levando ao distúrbio de comportamento caracterizado por impulsividade, hiperactividade, inconveniência social, dificuldade de manutenção nas tarefas e precipitação sobre a atractividade do momento com focalização neste. Nas suas próprias palavras: *“ADHD consists of developmental deficiencies in a regulation and maintenance of behavior by rules and consequences. These deficiencies give rise to problems with inhibiting, initiating, or sustaining responses to tasks or stimuli and adhering to rules or instructions, particularly in situations where consequences for such behavior are delayed, weak, or nonexistent”* (Barkley, 1990, p.71).

2.2. Desenvolvimento do discurso interno em crianças com DHDA

Revisitando Vygotsky, (1934/1987), falamos em discurso interno ou conversa para si próprio, definido como um discurso articulado em voz alta que é dirigido para o próprio ou para um ouvinte particular, é “pensamento falado alto” com o propósito de auto-orientação e auto-regulação (cit in Tannock, & Schachar, 1996). A capacidade de falar para si próprio é uma capacidade apenas inerente à espécie humana, possibilitando-lhe uma reflexão sobre as suas experiências anteriores, o que lhe permite uma modificação do seu comportamento presente e futuro e adequação social para agir num determinado momento, sem se prender à satisfação imediata. A linguagem funciona como um elemento organizador que confere sentido ao mundo, um factor imprescindível para manter a atenção e inibir a impulsividade, pelo que a relação linguagem/atenção também se evidencia pela importância do uso de estratégias verbais como

auxiliares de auto-regulação do comportamento. O discurso interno possibilita uma mediatização entre o estímulo e a resposta, por parte de uma moratória, que constitui uma função da memória de trabalho e se domina de “comportamento orientado por regras” (Lopes, 2004). Dados longitudinais demonstraram que o discurso interno consistentemente seguiu uma sequência desenvolvimental desde discurso audível, externalizado para mais internalizado, formas menos audíveis (Berk, 1986, 1992, in Tannock, & Schachar, 1996). Numa primeira fase, entre os 3 e os 5 anos, o discurso usualmente dirigido a terceiros passa a ser dirigido ao próprio, desenvolvendo-se seguidamente o auto-discurso responsável pelo controlo e regulação do comportamento. Numa última fase, o discurso mais telegráfico, tende para a interiorização total, tornando-se inobservável e denominando-se de discurso interno. Um desenvolvimento de sucesso de uma linguagem interna para a auto-regulação requer adequadas capacidades de linguagem receptiva e expressiva. As crianças devem compreender as regras que ouvem e mais tarde devem ser capazes compor, organizar e verbalizar as regras. Segundo Berk & Landau, (1993, in Tannock, & Schachar, 1996) verificam-se maiores deficits no discurso interno nas crianças com comorbilidade de DHDA e défices de linguagem, quando comparadas com crianças que têm apenas défices de linguagem. As crianças com DHDA, logo desde a primeira fase da interiorização do discurso exibem um atraso significativo, sendo menos capazes de usar o discurso interno como uma estratégia mediadora de auto-regulação para melhorar problemas atencionais e comportamentais (Berk & Potts, 1991, in Tannock, & Schachar, 1996) exibindo também dificuldades na aprendizagem com base na representação interna das experiências anteriores, dado não desenvolverem um discurso interno eficaz. Embora não haja evidência de problemas de desenvolvimento da linguagem em crianças com DHDA, os problemas de aprendizagem são vulgarmente descritos, não estando correlacionados com atraso de desenvolvimento, mas com o défice na interiorização do discurso, resultando em dificuldades de auto-controlo. “The problems in self-regulation are not problems of knowing what to do, but rather in doing what is known” (Kinsbourne, 1989, cit in Purvis & Tannock, 1997, p.141).

O discurso interno, apresenta-se como sendo a forma que o indivíduo usa para dizer a si mesmo o que deve e o que não deve fazer, através da qual raciocina sobre alternativas, hipotetisa os resultados dessas alternativas de desempenho, e organiza ou planeia os comportamentos. É através deste discurso interno que o indivíduo eficazmente se representa enquanto ser social com um lugar específico no ajustamento com as suas relações próximas. Sem um discurso interno maduro o sujeito não é capaz de pensar e de decidir vantajosamente

entre alternativas, enveredando aleatoriamente por uma qualquer ou pela que parece oferecer mais vantagens imediatas (Lopes, 2004). Assim, nas crianças com DHDA as dificuldades por um lado, em manter uma representação adequada de acontecimentos passados e por outro, em ter um discurso interno organizado sobre esses acontecimentos, associadas outras dificuldades específicas na capacidade de planeamento, de estabelecimento de objectivos futuros, e no auto-controlo, levam a uma maior vulnerabilidade em se deparar com dificuldades interpessoais, dificuldades ao nível da realização escolar e incompreensão por parte dos adultos de referência. Para além de estratégias comportamentais específicas sobejamente usadas, as crianças com DHDA precisam de ser ensinadas a usar a linguagem como auxiliar eficiente para regular o seu comportamento, sendo que muitas das estratégias que lhe são ensinadas para desenvolver o auto-controlo são estratégias linguísticas (Goldstein & Goldstein, 1998).

2.3. DHDA e Distúrbios ao nível da linguagem

Distúrbios ao nível da linguagem, são comumente observados em crianças referidas para os serviços de psiquiatria, sendo a relação entre distúrbios da comunicação e perturbações psiquiátricas complexa, multidimensional e transaccional. O diagnóstico psiquiátrico mais frequente em crianças com alterações da linguagem é o DHDA. Ainda não é claro se há diferenças entre as crianças com DHDA e comorbilidade com défices de linguagem, e crianças com outras perturbações psiquiátricas que também têm comorbilidade com défices de linguagem.

Distúrbio de comunicação é um termo que se refere a um atraso ou dificuldade na aquisição do discurso, linguagem ou ambos³. Podem-se manifestar por uma grande número de sinais que podem co-ocorrer sozinhos ou com diferentes combinações. Tradicionalmente fez-se apenas distinção entre duas categorias: perturbações do discurso e perturbações da linguagem, contudo há uma crescente reflexão para problemas ao nível da linguagem que podem não reflectir deficits nos subsistemas básicos da linguagem (fonológico, semântica e syntax) mas relacionados com dificuldades no uso apropriado da linguagem consoante o contexto social, situacional e comunicativo, conhecidos como deficits da pragmática. (Tannock, & Schachar, 1996).

³ A DSM-IV-TR (APA, 2000) diferencia cinco tipos de distúrbios de comunicação: distúrbio da linguagem expressiva, distúrbio da linguagem expressiva-receptiva, distúrbio fonológico, estruturação e distúrbio de comunicação sem especificação.

Os distúrbios do discurso referem-se a problemas na produção motora de sons numa linguagem particular e incluem problema de articulação, fluência, qualidade vocal e velocidade do discurso. Podem ser mais comuns em crianças com DHDA quando comparadas com crianças normais, contudo os dados encontrados são inconsistentes (Humphries et al., 1994; Szatmari et al., 1989, in Tannock, & Schachar, 1996). Embora estejam menos correlacionados com o DHDA que os problemas de linguagem, os distúrbios do discurso estão mais correlacionados com problemas emocionais, como perturbação de ansiedade e perturbação afectiva. Vários estudos encontraram que crianças com DHDA estão um pouco mais atrasadas no início da fala na primeira infância que as crianças normais (6% para 35% vs. 2% para 25% de crianças normais; Hartsough & Lambert, 1985; Szatmari, Offord, & Boyle, 1989, in Westby & Cutler, 1994). Investigações mais recentes mostram que o DHDA está associado com problemas de discurso, de linguagem e saúde mental e problemas de comportamento (Cantwell, Baker, & Mattison, 1979, 1981; Chess & Rosenberg, 1974; Love & Thompson, 1988, Trautman, Giddan, & Jurs, 1990, in Westby & Cutler, 1994). Segundo Cohen e colaboradores (2000), o DHDA é o diagnóstico psiquiátrico mais frequente entre crianças com problemas de linguagem. Vários estudos referem que as crianças hiperactivas tendem a falar mais do que as crianças sem a perturbação (Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983), o que não se traduz numa vantagem, já que em contexto de sala de aula poderá levar a mais penalizações quando fala de assuntos diferentes dos tratados na aula. Uma característica das crianças com DHDA mais generalizada no senso comum é o seu excessivo ou desenvolvimento inapropriado de actividade motora ou vocal. Frequentemente esta “hiperactividade” flutua de acordo com a situação (Jacob, O’Leary, & Rosenblad, 1978; Luk, 1985, in Westby & Cutler, 1994), implicando que parte do problema é a falha no nível de actividade face às exigências da tarefa (Routh, 1978, in Westby & Cutler, 1994).

Segundo Stewart, Pitts, Craig & Dieruf (1966), verbalmente a impulsividade característica das crianças hiperactivas é observada no seu discurso, descrito pelos pais como muito frequente e imaturo (Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983). De facto, tem sido sugerido por diversos estudos que esse discurso é menos elaborado, menos fluente e mais frequentemente acompanhado por défices articulatórios (Barkley et al., 1991; Hartsough & Lambert, 1985; in Lopes, 2004). Estes défices evidenciam-se segundo Barkley (1990), mais na linguagem expressiva que na linguagem receptiva, quando as tarefas exigem o planeamento e a organização de um discurso interno, nomeadamente no discurso explicativo, que implica o

recurso aos processos executivos, tais como a memória e a atenção, área em que se encontra alguma vulnerabilidade por parte das crianças com DHDA (1985, Zentall, in Lopes, 2004). A relevância dos mecanismos da atenção é apontada desde os primeiros momentos da aquisição da linguagem oral, possibilitando-nos inferir que comprometimentos desta função venham a interferir no desenvolvimento da mesma nos aspectos relativos ao domínio das estruturas linguísticas (Coulthard, 1997) como também no desenvolvimento das capacidades comunicativas, que permitem à criança a organização de um diálogo e de uma narrativa coerente. Os sintomas de dificuldades linguísticas e desatenção/hiperactividade, segundo Ornoy e colaboradores (1993, in Tannock, 2000), quando presentes na fase pré-escolar persistem de forma associada em 80% dos casos durante a infância e adolescência. Embora os estudos do funcionamento da linguagem em crianças com DHDA sejam limitados, tem sido sugerido que apenas os aspectos da linguagem que estão provavelmente sob a influência do controlo inibitório, como o discurso narrativo e pragmática, revelam dificuldades nas crianças com DHDA em geral (Tannock, & Schachar, 1996) e que os problemas relativos à estrutura da linguagem são característicos apenas das crianças com comorbilidades com dificuldades de leitura (Felton & Wood, 1989; Pennington, Groisser, & Welsh, 1993, in Tannock & Schachar, 1996). Assim, alguns tipos de distúrbios de comunicação, caso das perturbações a nível da pragmática parecem estar mais especificamente associados com DHDA, enquanto outros, caso das perturbações a nível fonológico, perturbações de linguagem receptiva, expressiva semântica e sintáctica, aparecem mais correlacionados com perturbações da leitura. Os problemas de aprendizagem, incluindo dificuldades na leitura, são mais comumente associados com problemas de atenção que com sintomas de hiperactividade/impulsividade (Barkley e cols., 1990; Edelbrock e cols., 1984; Hynd e cols., 1991, in Tannock, 2000), sendo a leitura, uma das actividades que proporciona melhor avaliação da interferência de défices de atenção no desempenho linguístico, já que é precedida de processamento visual dos sinais gráficos, tarefa que implica grande atenção. A maioria dessas crianças terá então, uma maior vulnerabilidade em apresentar dificuldades na aquisição da leitura e da escrita, o que está vinculado com o domínio da linguagem e a capacidade de simbolização, pelo que estando esta capacidade afectada nas crianças DHDA, maior será a correlação com os problemas de linguagem receptiva e expressiva. Por um lado, as crianças com DHDA, independentemente de terem ou não dificuldades de leitura, exibem dificuldades em organizar e monitorar as suas produções verbais e, por outro, crianças com dificuldade de leitura independentemente de terem DHDA,

demonstram défices nas capacidades da semântica na linguagem receptiva e expressiva (Purvis & Tannock, 1997). Segundo Tannock (2000), as dificuldades de leitura (de processamento fonológico) apresentam comorbilidade com o DHDA em 15% a 30% dos casos, sendo mais comum nos subtipos predominantemente desatento e combinado.

As crianças com DHDA exibem uma grande frequência de erros ao nível da sequenciação de ideias, o que reflecte uma desordem ao nível da organização global do tema de uma história. As crianças com DHDA sem comorbilidade com dificuldades de leitura, têm dificuldades na organização focalizada, reflectida em referências ambíguas. A incapacidade de relatar ideias específicas, de forma cuidada, numa sequência lógica, resulta num discurso incoerente tornando-se de compreensão difícil para o ouvinte (Prutting & Kirchner, 1987, in Purvis & Tannock, 1997), e reflectindo dificuldades ao nível da pragmática.

A capacidade de linguagem pragmática é complexa e implica funcionamento executivo a vários níveis: reconhecimento das exigências sociais e informativas da situação, conhecimento da linguagem para ser capaz de seleccionar formas linguísticas apropriadas e ideias para se adaptar a essas exigências, a capacidade para organizar e expressar pensamentos e ideias através de várias vias simultaneamente (vocabulário, estrutura da frase, pronúncia, expressão facial, gestos, tom da voz), e a capacidade para fazer ajustamentos rápidos de acordo com as mudanças que acontecem de momento a momento no contexto comunicativo (Spekman, 1984; Prutting & Kirchner, 1987, in Tannock & Schachar, 1996). Uma disfunção em qualquer destes componentes, sozinhas ou combinadas pode resultar em défices a nível da pragmática. Um abrangente leque de défices a nível da pragmática foi demonstrado em crianças com DHDA, mesmo naquelas com capacidades adequadas a nível fonológico, morfológico, sintáctico e semântico (Ludlow, et al., 1978; Humphries, et al., 1994; Tannock, et al., 1991/1993, in Tannock & Schachar, 1996). Vários estudos, citados por Tannock & Schachar (1996, p.138) foram elaborados no sentido de compreenderem melhor o DHDA, e mostraram que as crianças com DHDA quando comparadas nas mesmas condições metodológicas com crianças normais exibiam: (a) Excessiva produção verbal durante conversações espontâneas, na transição entre tarefas e em cenários de brincadeira (Barkley, Cunningham, & Karlsson, 1983; Zentall, 1988) (b) Decréscimo da produção verbal e mais dificuldades quando confrontadas com tarefas que requerem planeamento e organização de respostas verbais, como a recontar uma história ou a dar orientações (Hamlett, Pellegrini, & Conners, 1987; Zentall, 1988; Tannock, Purvis, & Schachar, 1993); (c) Dificuldade em iniciar, manter e mudar os tópicos apropriadamente numa

negociação e ajustamento durante uma conversação (Humphries et al., 1994; Ludlow et al., 1978; Zentall, 1983); (d) Dificuldade em serem específicas, esmeradas e concisas na selecção e uso de palavras para expressar a informação de uma maneira explícita (Tannock et al., 1993); (e) Dificuldades em ajustar a linguagem ao ouvinte e a contextos específicos (Whalen et al., 1979; Landau & Milich, 1988; Zentall, 1988). Além das dificuldades anteriormente descritas no uso da linguagem em contextos sociais e comunicativos, o DHDA está também associado com dificuldades no uso da linguagem para resolução de problemas. É então compreensível que os défices das crianças com DHDA sem dificuldades de leitura reflectam dificuldades com o uso da linguagem, ou seja, ao nível da pragmática, em vez de défices nos subsistemas básicos da linguagem, portanto, fonológico, semântica e sintaxe (in Purvis & Tannock, 1997).

Quando consideramos a relação entre DHDA e perturbações da comunicação, têm de ser tomadas em conta factores como a idade, género, e comorbilidade com outras perturbações. A comorbilidade com outros distúrbios pode alterar a função executiva no DHDA. Por exemplo, a comorbilidade com perturbação de ansiedade atenua o deficit na inibição de resposta (Pliszka & Borchering, 1992, in Tannock & Schachar, 1996), contudo, a comorbilidade do DHDA com perturbação da conduta ou comportamento agressivo isso já não se verifica (Schachar, & Tannock, 1995; Oosterlaan & Sergeant, 1996, in Tannock & Schachar 1996).

2.4. DHDA, a competência comunicativa e narrativas.

A literatura em crianças com défices de linguagem cita numerosos problemas relativos às estruturas linguísticas (Johnston, 1988, in Cohen, et al, 2000) e à comunicação, bem como problemas relativos ao discurso narrativo e pragmática (e.g. Bishop, 1998; Hayden & Pukonen, 1996, in Cohen, et al, 2000). Défices nas estruturas linguísticas estão associados com raciocínio cognitivo social imaturo, que é uma componente da linguagem pragmática (Cohen, Menna, et al., 1998; Vallance & Cohen, 1996, in Cohen, et al, 2000). Relativamente à relação entre DHDA e dificuldade de comunicação, verifica-se uma forte associação entre DHDA e défices na linguagem expressiva, em particular dificuldades no domínio da pragmática. Estes défices são evidentes em ambos os domínios interpessoal e pessoal, na linguagem usada para comunicação social e no seu uso para a auto-regulação. De acordo com Barkley, a capacidade de regulação revela-se comprometida em três áreas: afectivo-emocional, motivacional e de activação (arousal).

Os défices da capacidade de reconstituição vão manifestar-se naquelas actividades complexas que requerem análise e síntese, como, por exemplo, a recontagem de histórias e a construção de narrativas (Barkley, in Mattos, et al, 2003). As dificuldades ao nível da pragmática, encontram um índice elevado de correlação com o DHDA, na medida em que as capacidades de domínio das estratégias discursivas, para a manutenção de relações dialógicas e para a organização sequencial de narrativas estão alteradas neste distúrbio, levando a dificuldades ao nível da competência comunicativa. Mais do que o domínio das estruturas gramaticais, a competência comunicativa abrange os processos de co-construção discursiva em que a criança sabe quando, o que, com quem falar e de que maneira. A criança vai sendo pouco a pouco capaz de participar em situações linguísticas, assumindo papéis discursivos que se associam a papéis sociais (Saville-Troike, 1989).

As crianças com DHDA parecem ter um discurso interior crítico face ao controlo e organização do comportamento interpessoal. Como consequência elas não conseguem decifrar pistas verbais, não verbais e situacionais, ou tomar decisões baseadas na evidência, de acordo com as expectativas sociais (Whalen & Henker, 1985, in Westby & Cutler, 1994). Uma criança com DHDA pode iniciar conversações com pais ou pares em momentos complicados, mudar de tópicos abruptamente, inserir pensamentos desconexos, perder o contacto ocular, não falar na sua vez, e não adaptar a mensagem ao ouvinte. A capacidade de comunicação pragmática apropriada é fundamental não só em ocasiões sociais, como também em tarefas académicas que exigem cooperação em grupo. As narrativas, tais como contar ou recontar uma história, dar direcções, ou descrever uma experiência passada, têm assim, um papel central nas interações sociais diárias e na maioria das actividades académicas dos vários anos escolares. A experiência de narrar é fundamental para correlacionar os eventos da nossa vida e interagirmos com os outros. Somos identificados pelas nossas histórias e experiências, pois elas contêm mensagens de como somos. Revelar competência nas narrativas orais é um importante precursor para uma participação efectiva em actividades de aprendizagem da leitura e escrita, incluindo a compreensão da leitura e composição de texto escrito (Cazden, 1988; Norris & Bruning, 1988; in Tannock, Purvis & Schachar, 1993). Segundo Tannock, Purvis & Schachar (1993), crianças com problemas na compreensão das narrativas correm sérios riscos de desenvolver problemas sociais e académicos. Van Dijk e Kintsch (1983, in Tannock, Purvis & Schachar, 1993) propõem que a produção e a compreensão do texto narrativo requer uma organização global do conteúdo bem como uma organização das frases e nas conexões linguísticas. Planeamento, organização e

monitorização, são funções de processos cognitivos de primeira ordem, chamados de processos de controlo executivo (Neisser, 1967,in Tannock, Purvis & Schachar, 1993). Assim, as narrativas, tal como a capacidade linguística, exigem controlo executivo, implicando por parte do narrador a capacidade de integrar e ajustar a informação das várias fontes, como contexto social, atributos do ouvinte, conteúdo do texto, significado da frase, entre outros (Tannock, Purvis & Schachar, 1993). Relativamente às crianças com DHDA, será de esperar que a narratividade seja uma área problemática, dado que esta perturbação nas crianças está associada com défices globais na linguagem expressiva e receptiva (Beitchman, Hood, Rochon, & Peterson, 1989; Love & Thompson, 1988; in Tannock, Purvis & Schachar, 1993) e com o controlo executivo (Hamlett, Pelligrini & Connors, 1987; Schachar e Logan, 1990,in Tannock, Purvis & Schachar, 1993). Desse modo as crianças com DHDA ficam prejudicadas nesse aspecto que é de extrema relevância para a constituição da sua identidade. Podemos então dizer que para as crianças com DHDA, as situações de interacção linguística que exijam planeamento e organização, representam um desafio a ser vencido. Elaborar narrativas ou ter capacidade de recontar uma história, de histórias originais, livros, televisão ou filmes, é uma área onde as crianças com DHDA revelam dificuldades. Falam muito e de forma acelerada, respondem antes de a outra pessoa terminar a pergunta, não esperam pela sua vez, interrompem ou então parecem não ouvir o que é dito, tendo dificuldade em narrar. A informação empírica relativa às capacidades das crianças com DHDA é escassa, mas as evidências disponíveis sugerem que estas crianças podem experimentar dificuldades na produção de narrativas mas não na sua compreensão (Hamlett et al., 1987; O'Neill & Douglas, 1991; Zentall, 1988,in Tannock, Purvis & Schachar, 1993), no entanto, os achados na investigação nem sempre são consistentes. Défices de produção parecem surgir quando a informação não está visualmente presente ou saliente e não tem uma estrutura ou sequência previsível (Zental, 1988,in Tannock, Purvis & Schachar, 1993). Vários investigadores propuseram que os défices produzidos associados com o DHDA fossem atribuídos às exigências de planeamento, organização e monitorização de informação internas em vez de a défices de memória (Douglas & Benezra, 1990; Hamlett et al., 1987; Zentall, 1988,in Tannock, Purvis & Schachar, 1993). No estudo elaborado por Tannock, Purvis & Schachar (1993), concluíram que crianças com DHDA não tiveram dificuldades em compreender e extrair os temas principais das histórias narradas, mas exibiram problemas em produzir um conto organizado, cuidado e coerente face ao pedido para recontar histórias fictícias, revelando menor produção ao nível da informação global. Estes dados reforçam a

evidência de que as crianças com DHDA não exibem défices na capacidade para diferenciar informação importante e relevante de detalhes não essenciais (Van Der Meere & Sergeant, 1988, in Tannock, Purvis & Schachar, 1993) e em extrair e compreender as ideias principais, todavia défices subjacentes a processos executivos levam a problemas na organização e monitorização ao nível da produção de informação. Embora as crianças com um desenvolvimento de linguagem normal tenham também dificuldade com a tarefa de reprodução de histórias, as narrativas produzidas por crianças com problemas específicos de linguagem revelam formas linguisticamente diferentes, sendo as suas narrativas menos completas, exibindo mais confusões, mais falhas e elos de coesão errados (Sleight & Prinz, 1985; Liles, 1987; MacLachlan & Chapman, 1988, in Hayden & Pukonen, 1996). Além disso, crianças com problemas específicos de linguagem produzem um discurso narrativo e demonstram um conhecimento das características básicas do discurso, contudo diferem na dificuldade de compreensão das suas histórias e na maneira como organizam relações entre frases (Tannock & Schachar, 1996). Neste contexto é importante realçar que há uma sobreposição entre as estruturas linguísticas e as capacidades ao nível da pragmática (Gallagher, 1996; Hayden & Pukonen, 1996, in Cohen, et al, 2000).

2.5. DHDA e realização escolar

As dificuldades de aprendizagem podem ser “naturais” (de percurso) ou “secundárias” a determinadas patologias. As dificuldades naturais consistem em oscilações no rendimento escolar relacionadas com aspectos evolutivos do aluno ou decorrentes de metodologia inadequada, de padrões de exigência da escola, de falta de assiduidade do aluno e de conflitos familiares eventuais. Também estão incluídos nesta categoria os problemas que os alunos apresentam no 1º e no 2º ano e que ainda não foram identificados como perturbações de aprendizagem⁴. Nas dificuldades “secundárias”, as alterações da aprendizagem são consequência de outros quadros que podem ser detectados que actuam primariamente sobre o desenvolvimento humano normal e secundariamente sobre as aprendizagens específicas. É

⁴As perturbações da aprendizagem são diagnosticadas quando o rendimento individual nas provas habituais de leitura, aritmética ou escrita for substancialmente inferior ao esperado para sua idade, nível de escolaridade ou para o nível intelectual. Os problemas de aprendizagem interferem significativamente no rendimento escolar ou nas actividades da vida quotidiana que exigem aptidões de leitura, aritmética ou escrita (DSM-IV-TR, APA, 2000).

nesta categoria que estão incluídos os indivíduos com DHDA com predomínio de desatenção ou de hiperactividade, como na forma combinada (Moojen, et al, 2003). Défices de atenção significativos, associados ou não à hiperactividade, com frequência comprometem o rendimento escolar, já que a atenção selectiva a estímulos relevantes é condição necessária para a ocorrência das aprendizagens em geral e em especial as escolares. Embora, seja corrente na literatura encontrarmos em muitos estudos uma correlação elevada entre hiperactividade e desempenhos académicos inferiores às crianças da sua idade, não se sabe se esses resultados espelham diferenças reais entre as crianças ou se são devido a dificuldades inerentes ao comportamento hiperactivo e impulsivo das crianças com DHDA. Os níveis de realização escolar baixos e significativamente inferiores às suas capacidades, podem ser facilmente explicados por problemas de atenção, impulsividade e sobretudo irrequietude bastante punida em contexto de sala de aula. Os estudos sobre a utilização de medicação estimulante suportam esta ideia, na medida em que contribui para a melhoria do rendimento em resultado da alteração de comportamentos das crianças, tornando-as mais disponíveis para a aprendizagem, aumentando as expectativas positivas dos professores e dos pares. As crianças hiperactivas são normalmente descritas como apresentando dificuldades na realização de tarefas prolongadas, na organização da secretária, em estudar com método e em tomar apontamentos do que o professor diz. Pais e professores entendem as crianças com DHDA como sendo facilmente distraídas por estímulos externos presentes no ambiente, todavia a investigação contradiz este pressuposto sendo que os achados no geral remetem para que as crianças com DHDA não são mais distraídas que as crianças normais (Campbel, Douglas, & Morganstern, 1971; Steinkamp, 1980; in Westby & Cutler, 1994), todavia no geral, as crianças com DHDA tendem a ter um maior locus de controlo externo que as crianças normais (Linn & Hodge, 1982, in Westby & Cutler, 1994).

Embora os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR (APA, 2000) sugiram uma dificuldade específica na manutenção da atenção em crianças com DHDA, estudos recentes apontam para um entendimento das limitações no processamento de informação destas crianças como não se devendo a um défice fundamental da atenção, mas a um “défice de regulação”. O problema segundo Barkley (1990) parece não ser uma questão de distracção, mas de falta de persistência ou esforço nas tarefas que despertem pouca atracção ou cujos efeitos imediatos relativos ao término da tarefa não são aliciantes. Sabemos que o sistema executivo tem um papel fundamental no processo de aprendizagem, encontrando-se entre as suas funções o processo de inibição, actualização e velocidade de processamento. Estudos recentes sugerem que défices na

monitorização da informação, como a incapacidade para inibir a informação irrelevante, podem ser a base dos problemas na aprendizagem no que se refere ao sistema executivo (Palladino, Cornoldi, De Beni, & Pazzaglia, 2001, Swanson, Howard & Sáez, 2006). Sendo que estas funções permitem à criança avaliar o seu desempenho e inibir a resposta a estímulos irrelevantes, torna-se fundamental poder seleccionar o que é importante codificar ou não, sendo uma importante função na aprendizagem da leitura, da escrita e da matemática. Através do processo de actualização, a criança monitoriza e codifica a informação relevante para a execução de uma tarefa, actualizando-a constantemente, tornando-a mais eficaz, sendo que quanto maior for a velocidade da codificação, transformação e recuperação da informação, mais informação é processada, tornando mais funcional a memória de trabalho (Swanson, Howard & Sáez, 2006).

Resumindo, as dificuldades que facilmente se associam às crianças com DHDA tanto em situações sociais como académicas, prendem-se com um problema de auto-controlo. Segundo Douglas (1988), as tarefas que exigem claramente o recurso à auto-regulação, caso das tarefas com exigências específicas ao nível do processamento da informação e da manutenção de um controlo aos estímulos irrelevantes, colocarão mais dificuldades às crianças do que as tarefas menos exigentes a esse nível. Estas tarefas quando são propostas a crianças com DHDA, podem desencadear mais facilmente problemas ao nível do comportamento, aprendizagem, interacção social e comunicação por parte das crianças com DHDA. Modificar a desatenção e a impulsividade das crianças com DHDA requer uma visão da natureza do distúrbio no sentido de um défice na regulação do comportamento por regras. Dentro da sala de aula, intervenções cognitivo-comportamentais, como o auto-controlo, auto-instruções, auto-atribuições e auto-avaliação, podem ser usadas para melhorar o comportamento dos alunos. No entanto estas intervenções com estudantes com DHDA têm sido criticadas, pois o sucesso tem-se apenas notado com estes estudantes quando as intervenções são implementadas durante muito tempo, e quando as capacidades e estratégias são trabalhadas simultaneamente, sendo que o sucesso nas intervenções cognitivo-comportamentais com estudantes com DHDA está dependente da motivação do próprio aluno, da confluência da intervenção com a linguagem social e pragmática e da cooperação de todas as pessoas envolvidas (Westby & Cutler, 1994).

2.6. Medicação psico-estimulante - Metilfenidato

Medicação psico-estimulante constitui a base de tratamento farmacológico para DHDA, sendo prescrita a mais de 80% de pacientes tratados para DHDA, nos Estados Unidos da América. Segundo Goldmam (1998,in Marcus, et al, 2005), a evidência experimental, reforça a eficácia de psico-estimulantes mais do que qualquer outro tratamento psicofarmacológico para crianças. Os psico-estimulantes foram alvo de controvérsias dado haver preocupações quanto a poder causar tiques, potenciar o abuso de substâncias e atraso no crescimento. Estudos mais recentes têm mostrado que em lugar de causar subseqüentes perturbações de uso de substâncias, a farmacoterapia para o DHDA tem um significativo efeito protector, reduzindo o risco de desenvolver perturbação de uso de substâncias para 50%. Os psico-estimulantes revelam no entanto alguns efeitos colaterais, entre eles habitualmente resultam numa perda de apetite e de peso (Biederman & Faraone, 2005).

Entre os psico-estimulantes, o *methylphenidate hydrochloride*⁵ é o medicamento mais comumente prescrito. Estudos de neuroimagem têm demonstrado que o metilfenidato (MFD) promove alteração no metabolismo cerebral, com conseqüente aumento de perfusão nos lobos frontais, no caudado e no tálamo. Os efeitos observados no sistema nervoso central incluem: activação do centro respiratório medular (a toxicidade produz inibição) e sinais de estimulação do Sistema Nervoso Central com efeitos mais evidentes sobre as actividades mentais que sobre as motoras. O MFD eleva o estado de alerta, o que é observado em tarefas que exigem tenacidade, vigilância e capacidade de percepção e manutenção da atenção para actividades em que há necessidade de esforço mental continuado. Como resultado o MFD provoca um declínio na sensação de fadiga, com conseqüente melhoria da desatenção e do desempenho escolar (Correia-Filho & Pastura, 2003). A medicação com estimulantes nas crianças com DHDA permite-lhes aumentar a atenção, melhorar o controlo dos impulsos, a coordenação dos movimentos motores finos e o tempo de reacção. A medicação não aumenta a inteligência, mas a capacidade de aprendizagem e a capacidade de evocação ou rememoração. Assim, a medicação contribui não só para a melhoria da qualidade de trabalho como também da interacção da criança com os pais, pares e professores (Lopes, 2004).

⁵ O metilfenidato deriva da piperidina tendo uma estrutura química formada por cadeia lateral alifática e grupo amino terminal, similar às demais aminas simpaticomiméticas, com potentes efeitos agonistas nos receptores alfa e beta adrenérgicos, servindo também como agonistas directos e indirectos. Bloqueiam a recaptação da dopamina e norepinefrina no neurónio pré-sináptico.

Ao longo das duas últimas décadas, os estudos realizados demonstraram que cerca de 70% dos pacientes apresentaram uma resposta favorável quando um único comprimido foi administrado e mesmo os estudos com administração de curta duração, descreveram melhorias nos principais sintomas que caracterizam o DHDA (melhorias no desempenho escolar diário, na adaptação social e familiar). As evidências clínicas descrevem que os estimulantes mostraram-se seguros e eficazes em estudos que avaliaram o seu uso até dois anos (Greenhill e cols, 2002, in Correia-Filho & Pastura, 2003). A importância da continuidade do tratamento a longo-prazo é sublinhada pela noção de que mais de 80% das crianças com diagnóstico de DHDA exibem sintomas significativos do distúrbio desde adolescência até à idade de jovens adultos (Barkley, et al, 1990; Biederman, et al, 1996; Claude & Firestone, 1995,in Marcus, et al, 2005). Um estudo recente de crianças com DHDA revelou, segundo informações dos professores, que crianças que continuaram a tomar psico-estimulantes exibiram um grande melhoria em sintomas revelados no contexto escolar, comparando com os que pararam de tomar a medicação (Charach, et al, 2004,in Marcus, et al, 2005).

Procederam-se a estudos de avaliação da eficácia de tratamentos cognitivo-comportamentais em comparação com a eficácia dos estimulantes e com a associação das duas modalidades. Estudantes com DHDA que tomaram medicação estimulante demonstraram menos impulsividade principalmente no comportamento em tarefa, no entanto, a medicação não corrige os défices que podem estar presentes. Não se verificou redução nas dificuldades relacionadas com auto-regulação, interacções sociais, relacionamento interpessoal, desempenho académico e resolução de problemas metacognitivos. As dificuldades no comportamento orientado por regras podem manter-se porque não há interiorização da regra. (Barkley, 1990; Bloomquist, August, & Ostrander, 1991,in Westby & Cutler, 1994). No entanto, de uma maneira geral, todos os estudos realizados indicam que o efeito obtido com as mais variadas intervenções comportamentais, ou cognitivo-comportamentais, parece ser menor do que o efeito obtido com a medicação (Hinshaw, 2000, in Knapp, et al, 2003). A associação de estimulantes com abordagens cognitivo-comportamentais, não mostra eficácia superior ao uso isolado de medicação, todavia os resultados do National Institute of Mental Health (NIMH), Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children with Attention - Deficit/Hiperactivity Disorder (MTA) sugerem que a presença de comorbilidade pode interferir na resposta ao tratamento. Nos casos de DHDA “puros” e nos casos com comorbilidade com distúrbio de comportamento e de oposição, a melhor resposta ocorreu na presença de medicação (estimulante), independentemente do

tratamento comportamental. Nos casos de comorbilidade com distúrbios de ansiedade, as crianças responderam igualmente bem ao que se cingiu apenas ao tratamento comportamental e ao que utilizou medicação. Nos casos de múltiplas comorbilidades, a associação de tratamento medicamentoso e comportamental pareceu obter melhores resultados (Jensen e cols., 2001, in Correia-Filho & Pastura, 2003). Barkley, defende assim que devem ser sempre providenciadas intervenções terapêuticas nas áreas da educação, interações sociais e emocionais e nas dificuldades físicas (Barkley, 1990, in Westby & Cutler, 1994).

2.7. Efeito da medicação no discurso de crianças com DHDA

O desempenho verbal é um importante componente do relatório social e académico das crianças. As diferenças entre crianças hiperactivas e crianças normais neste tipo de desempenho e os efeitos dos estimulantes são questões de considerável significância clínica. A medicação psico-estimulante, é o tratamento mais usado para o DHDA na América do Norte, na medida que se acredita que incrementa os processos executivos (Douglas, Barr, Amin, O'Neill, & Britton, 1988; Tannock, Schachar, Carr, Chajczyk, & Logan, 1989, in Tannock, Purvis & Schachar, 1993), contudo é importante perceber se os efeitos induzidos pelos psico-estimulantes no funcionamento executivo se reflectem na produção narrativa.

Ludlow, e colaboradores (1979, in Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983), estudaram os efeitos do metilfenidato na linguagem expressiva de crianças normais e de crianças hiperactivas. Transcrições de histórias contadas e de tarefas de comunicação orientada, mostraram que o metilfenidato aumentou a produção de linguagem nas crianças hiperactivas. Nas crianças hiperactivas e com défices de linguagem, verificou-se um desenvolvimento na complexidade linguística, nas crianças normais a medicação apenas fez aumentar o tempo de duração do conto de uma história. Outros estudos baseados em observações de interações verbais em crianças em *settings* mais naturalistas, sugerem que nestas circunstâncias estimulantes podem diminuir a produção verbal em crianças hiperactivas (Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983) contudo, vários factores podem ter influenciado estas investigações, como é o caso de ter alguma outra perturbação em comorbilidade com DHDA, o tipo de *setting* usado, etc.

Segundo a literatura, as mães das crianças que têm DHDA e atrasos na linguagem, provavelmente, respondem às suas crianças com menos regras orientadoras para auto-

regulação do comportamento, usando uma linguagem de nível relativamente imaturo, sendo mais directivas e negativas e menos compreensivas durante interacções. Além disso, revelam menos tempos de brincadeira que as mães de crianças normais (Barkley, 1990; McGillicuddy-De Lisi, De Lisi, Flaughner, & Sigel, 1987, in Westby & Cutler, 1994). Este estilo de comunicação parental leva a que crianças tenham menos oportunidades para ouvirem uma linguagem com maior nível de elaboração que propicie o desenvolvimento de capacidades representativas necessárias para o desenvolvimento da linguagem auto-reguladora. Por outro lado, a rejeição que muitas vezes estas crianças sentem por parte das outras crianças, leva-as a perder a oportunidade de aprender capacidades relacionadas com a crítica na socialização para poderem ter uma interacção de sucesso.

Relativamente à comunicação entre mães e crianças com DHDA, Barkley, Cunningham & Karlsson (1983), elaboraram dois estudos em particular: o primeiro comparou o número e a complexidade das interacções verbais de crianças hiperactivas e as suas mães, e o segundo examinou o efeito do metilfenidato nas interacções verbais nestas diades. Ambos os estudos foram baseados em interacções posteriormente transcritas, que aconteceram durante actividades livres e tarefas orientadas.

O primeiro estudo confirmou por um lado, que as crianças hiperactivas falam mais que os seus pares de crianças normais, contudo a investigação demonstrou que as mães de crianças hiperactivas também falam mais frequentemente para as suas crianças, que as mães de crianças normais. Embora as crianças hiperactivas possam ser quem impulsiona o aumento da actividade verbal nas interacções diádicas, ambas, mãe e criança podem contribuir para os altos níveis de verbalização observados. Por outro lado, a complexidade da linguagem expressiva das crianças hiperactivas não difere da das crianças normais, o que vem em desacordo com o postulado por Creager & Vaan Riper (1967), Nichamim (1972) (in Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983) que referiam atrasos ou imaturidade no desenvolvimento do discurso nas crianças hiperactivas. Assim, até à data desta investigação, não se verificou nenhuma evidência de que crianças hiperactivas manifestem atrasos no desenvolvimento da linguagem. Neste estudo (Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983) verificou-se que as mães de crianças hiperactivas falavam num nível de complexidade, embora superior ao das suas crianças, mais baixo que as mães das crianças normais, o que pode estar relacionado com as dificuldades de comportamento que as crianças hiperactivas apresentam. Este achado vem contra o que referem vários estudos de interacções verbais, que defendem que as mães de crianças normais

falam num nível de complexidade ligeiramente acima do das suas crianças (Moerk, 1975; Snow, 1972, in Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983). Em suma, Barkley, Cunningham & Karlsson (1983), demonstraram que crianças hiperactivas e as suas mães em comparação com díades mães-crianças normais, produzem mais verbalizações durante as actividades livres, mas não em situações de tarefa orientada. Embora a complexidade verbal das crianças hiperactivas e das suas mães, não seja diferente das díades de crianças e mães normais, o nível de complexidade das mães para as crianças hiperactivas é significativamente mais baixo que no grupo normal, mas as razões que justificam este achado ainda não são claras.

O segundo estudo (Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983), demonstrou que o metilfenidato reduziu a produção verbal das crianças hiperactivas em tarefas livres e orientadas, e a produção verbal das mães destas crianças também diminuiu, o que sugere que o nível de produção verbal destas mães é função do das suas crianças. Entretanto verificou-se também com o MFD que apesar de reduzir a produção de linguagem em ambos os *settings*, não reduzia a complexidade verbal. Quando é dado MFD, as crianças hiperactivas reduzem a produção de linguagem mas não os níveis de complexidade, por sua vez, as suas mães também diminuem os níveis de produtividade, mas não de complexidade. As reduções induzidas por este medicamento ocorrem no jogo livre e em tarefas orientadas e parecem aparecer abaixo dos níveis observados em díades normais, “então, os estimulantes não parecem ser *normalizadores* da linguagem expressiva de crianças hiperactivas” (cf Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983, p.109). Estes resultados contrastam com os obtidos noutras investigações (Creager & Van Riper 1967, Ludlow, et al., 1979, in Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983), que reportaram que o MFD aumentava, por um lado, o número de expressões que as crianças hiperactivas produziam ao responder a tarefas estruturadas e, por outro, nas tarefas que não requerem respostas verbais, decrescia o discurso. Contudo nas investigações de Creager & Van Riper e de Ludlow e colaboradores, as tarefas verbais estruturadas eram desenhadas para elicitare produções verbais e têm uma componente relativa à atenção sustentada. Um aumento nas expressões verbais nas tarefas que requerem verbalização pode então ser, uma função da atenção sustentada, promovida com uso dos psico-estimulantes (Barkley, 1997).

Independentemente da heterogeneidade fenotípica associada ao DHDA, segundo Pongwilairat e colaboradores (2005), um tratamento efectivo frequentemente requer uma abordagem compreensiva e multimodal. Abordagem que inclua farmacoterapia e técnicas de

modificação de comportamentos e do ambiente que envolve a criança, que visem a redução de sintomas comportamentais e melhoria do rendimento escolar, bem como da sua qualidade de vida.

Questionamo-nos acerca do tratamento farmacológico, se influencia o comportamento da criança, poderá também ter influência na qualidade das narrativas. Não encontramos investigações que estudem as narrativas relativas ao DHDA e a influência da medicação. Inspirámo-nos, lemos, reflectimos e partimos em busca destas crianças que saltam, correm e fogem das repreensões constantes de quem clama pela sua atenção. Pedimos-lhes que nos contassem histórias, que ouvimos, analisámos e sobre as quais tentamos retirar mais saber...

Porque a complexidade do que se vê, se sente e vive, se espelha num livro que se desfolha e se aclara na sequência de parágrafos de uma história que cresce e se diversifica pelo tempo, ouçamos as histórias que emergem de uma vida plena de agitação, impulsividade, em que a dificuldade em inibir as respostas se encontra iminente na descoberta deste mundo vivo. Toma-se a “pílula do sossego”, encontra-se o tempo que passa mais lento e conta-se a história. Ouçamos.... Ouçamos de novo... Agora como quem tenta descobrir o som oculto das palavras, a sua respiração, o seu humor, o seu significado... Desfolhemos este livro de pequenas histórias, que contam o caminho percorrido pelas crianças que saltam, correm, ou simplesmente percorrem com o olhar (des)atento a tudo o que é vivo neste e no seu próprio mundo... contemos essa história de pequenas histórias contadas por elas...pequenas narrativas que nascem em dois momentos distintos, antes e depois da toma de MFD, vistas à luz de três dimensões centrais da teia narrativa, estrutura, processo e conteúdo.

Análise da Estrutura, Processo e Conteúdo em Crianças com DHDA

Comparação entre o momento pré e o momento pós medicação.

1. INTRODUÇÃO

"Através da troca verbal e da expressão simbólica que os seres humanos transformam em derrotas e triunfos, problemas e soluções da vida, aquilo que de outro modo, seriam circunstâncias sem sentido"
(Efran e Cook, 2000, cit in Gonçalves, 2002, p.60)

Com o objectivo de obtermos uma melhor compreensão da construção narrativa em crianças com DHDA, elaborámos uma investigação que pretende dar conta dos efeitos da intervenção com farmacoterapia na qualidade narrativa destas crianças. Dado que a bibliografia aponta no sentido de crianças com DHDA experimentarem dificuldades na construção de narrativas (Mattos, et al, 2003), encontramos nesta investigação um estudo preliminar que poderá levantar hipóteses de trabalho para futuros estudos mais desenvolvidos, com amostras de maior dimensão.

A capacidade que o ser humano vai adquirindo de, a partir das experiências que vão sucedendo aleatoriamente na sua vida, organizar-se e construir-se a si próprio e à sua experiência em torno de narrativas coerentes, complexas e diversificadas, traduz um indicador da trajectória adaptativa de desenvolvimento. Estamos então perante constructos passíveis de ser codificáveis e sujeitos a uma análise quantitativa, permitindo a comparação estatística dos valores da qualidade narrativa apresentada pela amostra em dois momentos distintos. Ao nível metodológico, adoptaremos por uma abordagem simultaneamente qualitativa e quantitativa, que embora distintas nas suas características, podem e até é desejável, que sejam combinadas (Grigorenko, 2000) pela sua capacidade de nos conduzir a uma leitura global. Mais especificamente a análise da produção narrativa ao nível das suas três dimensões centrais estrutura, processo e conteúdo, segundo o sistema de análise desenvolvido por Gonçalves, O., Henriques, M. e colaboradores.

Debruçamo-nos no DHDA por ser um distúrbio por demais reconhecido na nossa sociedade, investigado sobre vários prismas, contudo com um parco trabalho de investigação ao nível da narratividade. Fazendo referência ao modelo de Barkley (1990), sobressaem as dificuldades de auto-regulação cognitiva e comportamental, de manutenção da atenção sustentada, a incapacidade de inibir comportamentos inapropriados, a procura incessante de estímulos novos, revelando dificuldades na gestão do tempo, com prejuízo na reflexão sobre os acontecimentos passados e no planeamento e organização da acção. O discurso interno que deveria permitir uma permanente reflexão falada sobre as experiências passadas e estruturar os futuros

hipotéticos, revela-se imaturo e ineficaz nas crianças com DHDA (Lopes, 2004). Recorrendo à literatura apercebemo-nos da possibilidade de uma significativa interferência do DHDA no processamento linguístico, podendo haver um comprometimento da memória de trabalho, das capacidades comunicativas e da capacidade de planeamento indispensáveis àquele (Lima & Albuquerque, 2003). Os défices da capacidade de reconstituição vão manifestar-se nas actividades complexas que requerem análise e síntese, caso da recontagem de histórias e da construção de narrativas (Mattos & col., 2003). Sabemos que o DHDA está associado a déficits neuropsicológicos que se reflectem com comprometimento no funcionamento académico e social, tanto em crianças, como em adolescentes e adultos. O tratamento do DHDA com recurso a farmacoterapia tem aumentado exponencialmente, sendo abrangente a investigação que refere que o metilfenidato constitui um promotor de alterações do metabolismo cerebral com consequente elevação do estado de alerta, manutenção da atenção sustentada em tarefas que exigem vigilância, persistência de um esforço mental continuado, melhor controlo de impulsos e da capacidade de evocação ou rememoração. “...Sendo a narrativa uma tarefa neurocognitiva de grande complexidade que envolve uma multiplicidade de funções executivas, linguísticas, atencionais, mnésicas e afectivas” (Gonçalves et al, 2004, p.627) e o DHDA uma perturbação com implicações a estes níveis, desenvolvemos um estudo exploratório, no âmbito da abordagem cognitiva narrativa, afim de percebermos se se verificam alterações ao nível da estrutura, processo e conteúdo da narrativa nas crianças com DHDA após estarem medicadas com psico-estimulantes.

Recentemente têm sido desenvolvidos estudos de investigação que recorreram a esta metodologia de avaliação das narrativas com diferentes populações clínicas e não clínicas: pacientes com diagnóstico de agorafobia (O. Gonçalves, Henriques, Alves & Soares, 2002), dependentes de opiáceos (O. Gonçalves, Henriques, Alves & Soares, 2003), sujeitos em situação de confronto com a seropositividade para o VIH (Cardoso, 2004), sujeitos diagnosticados com síndrome de Williams (O. Gonçalves, Pérez, Henriques, Prieto, Lima, Sieberg & Sousa, 2004), jovens institucionalizados vítimas de maus-tratos (Soares, 2004; Antunes, no prelo), estudo da coerência narrativa de adolescente adoptados (Henriques & Ramalho, 2005), desenvolvimento narrativo na adolescência (O. Gonçalves & Rocha, 2005) e desenvolvimento narrativo na infância (O. Gonçalves & Alves, 2005). Contudo, não encontramos ainda investigações de análise de narrativas recorrendo a esta metodologia, com uma população clínica de crianças com diagnóstico de hiperactividade, pelo que nos dedicámos ao seu estudo. Assim, pretendemos

estudar uma amostra de crianças com DHDA, afim de verificar se existem diferenças significativas na produção narrativa destas crianças em dois momentos distintos: (1) antes e (2) após medicação. A questão de investigação que colocamos consiste em saber se com a toma de metilfenidato as crianças com DHDA revelam melhoria significativa na qualidade narrativa ao contar histórias baseadas num livro de imagens. O nosso estudo pretende então, ser uma tentativa de compreensão e de análise de uma configuração narrativa, ao nível das três dimensões centrais da narrativa, estrutura, processo e conteúdo segundo a proposta de análise desenvolvida por Gonçalves, O., Henriques, M. e colaboradores (2000).

Sendo que a literatura aponta para um défice nos mecanismos de auto-regulação por parte das crianças com DHDA com prejuízo na elaboração narrativa, e para a melhoria de diversas funções cognitivas após a toma de MFD, colocamos a seguinte hipótese de investigação:

_ Quando medicadas com metilfenidato as crianças com DHDA produzem narrativas com melhor coerência estrutural, maior complexidade e diversidade narrativa.

Pretende-se enriquecer ainda os resultados da investigação, relacionando os dados obtidos da análise da matriz narrativa (ao nível das três dimensões centrais da narrativa, estrutura, processo e conteúdo) com medidas sócio-demográficas, quociente de inteligência e variáveis referentes aos hábitos de interacção narrativa da criança com os pais.

2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

2.1. PARTICIPANTES

Considerando os objectivos e as questões de investigação subjacentes a este estudo, que se centram na análise da matriz narrativa das histórias contadas por crianças com DHDA, recorreu-se a uma amostra clínica de crianças com o diagnóstico de DHDA de acordo com os critérios da DSM-IV-TR (APA, 2000), efectuado por clínicos especializados. Trata-se então de uma amostra de conveniência, seleccionada por recurso a um método não probabilístico de amostragem (Almeida & Freire, 2000), tendo sido realizados esforços no sentido de obter uma distribuição equilibrada em função do sexo, idade, nível de escolaridade e nível Socio-Cultural. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: Conners com pontuação igual ou superior a um desvio padrão acima da média, critérios da DSM-IV em que as crianças devem pontuar para pelo menos um dos sub-tipos e pontuar nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven igual ou superior ao percentil 25. Como critérios de exclusão considerámos: o diagnóstico de outra perturbação psicológica ou, a nível neurológico, outra perturbação que explique o défice atenção ou agitação psicomotora, a existência de medicação com psicofármacos e a existência de deficiência sensorial grave.

Dadas limitações de tempo e o carácter exploratório deste estudo, a selecção e constituição da amostra não pôde obedecer aos princípios de aleatorização, pelo que apenas foram consideradas as crianças acessíveis e disponíveis para a integrar, tendo sido tomados em conta os critérios pré-definidos de inclusão e exclusão.

Participaram no estudo um total de 30 crianças, provenientes do contexto de acompanhamento nas consultas de Hiperactividade do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra, facilitado por estar a decorrer na mesma altura um estudo sob a responsabilidade desta instituição e da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação de Coimbra. Em termos de distribuição, 25 crianças eram do sexo masculino (83,4%) e 5 do sexo feminino (16,7%), com idades que variam entre os 6 e 9 anos ($M=7,56$ e $DP=1.04$) sendo que a maioria tem 7 anos ($n=10$). As crianças frequentam desde o 1º ao 4º ano de escolaridade ($M=2,4$ e $DP=0,932$), a maioria frequenta o 3º ano de escolaridade ($n=12$), reside no distrito de Coimbra e pertence a um nível sócio cultural (NSC) médio. O factor determinante para definir o NSC foi a escolaridade dos pais e no caso em que eram distintas, optou-se pela escolaridade

mais elevada. O NSC Baixo corresponde a uma escolaridade parental até ao 6º ano; o NSC Médio corresponde a uma escolaridade parental compreendida entre o 7º e o 12º ano, e o NSC Alto é atribuído a uma escolaridade superior ao 12º ano.

A Tabela 1 que se segue apresenta um sumário dos dados relativos aos participantes. No anexo 3, os mesmos dados são apresentados de forma discriminada, relativamente a cada uma das crianças da amostra.

Tabela 1. Dados sócio demográficos dos participantes

Sujeito	Idade (anos)	Ano de escolaridade	NSC*
Mínimo	6	1	1
Máximo	9	4	3
<i>M</i>	7,56	2,40	1,79
<i>D.P.</i>	1,04	0,93	0,56

*NSC: *Nível 1:* Baixo; *Nível 2:* Médio; *Nível 3:* Alto

Podemos ainda caracterizar a nossa amostra relativamente ao funcionamento cognitivo, baseando-nos nos resultados obtidos com a aplicação da Escala de Inteligência de Wechsler (WISC-III), medidas descritivas das escalas de QI's e os Índices de Compreensão Verbal (ICV), de Organização Perceptiva (IOP) e de Velocidade de Processamento (IVP), apresentados de seguida na tabela 2 (os mesmos dados são apresentados de forma discriminada, relativamente a cada uma das crianças da amostra no anexo 4).

Tabela 2. Dados relativos ao funcionamento cognitivo dos participantes.

	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
QI Verbal	29	68	135	92,52	13,418
QI Realização	29	74	124	96,00	12,873
QI Global	29	67	127	92,07	12,581
ICV	28	70	132	93,04	12,480
IOP	28	77	125	98,39	12,550
IVP	28	71	119	95,39	13,766

ICV – Índice de Compreensão Verbal; IOP – Índice de Organização Perceptiva; IVP – Índice de Velocidade de Processamento.

Os participantes da nossa amostra relativamente ao QI Global variam entre 67 e 127, sendo $M=92,07$ ($DP=12,581$). Ressalvamos que por dificuldade de comparência de uma criança aquando da passagem da WISC-III e por não ter sido possível acabar a aplicação a uma outra criança, a nossa amostra relativamente aos valores de QI's ficou reduzida a um $n=29$ e para os Índices a um $n=28$.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Instrumentos de recolha de dados

Apresentamos de seguida os instrumentos que usámos na recolha dos dados da amostra, baseando a nossa selecção no que vem descrito na literatura referente ao diagnóstico diferencial do DHDA e da metodologia de investigação de análise da matriz narrativa proposta por Óscar Gonçalves (2002).

1) Tarefa de Indução Narrativa – “Frog, where are you”

Esta tarefa é composta por um livro sem palavras, intitulado “Frog, Where are you” (Mayer, 1969), em relação ao qual é sugerido à criança que construa uma história. Este livro tem sido utilizado em numerosos estudos de competência linguística dada a multiplicidade de processos, conteúdos e elementos estruturais sugeridos pelas imagens (e.g., Reilly, Bates e Marchman, 1998, cit por Gonçalves, et al., 2004). Este livro de 24 páginas refere-se à história de um rapaz, um cão e um sapo, que decorre em vários cenários e com a introdução de diferentes personagens. O procedimento a ser utilizado segue a seguinte sequência: (1) O livro é apresentado à criança com a seguinte instrução _ “Neste livro está a história acerca de um rapaz, um sapo e um cão; quero que primeiro vejas as figuras todas do livro e que depois me contes a história enquanto vês de novo as imagens”, depois (2) a criança folheia o livro e (3) conta a história enquanto folheia novamente o livro (procedimento baseado nas instruções sugeridas por Reilly, Losh, Bellugi e Wulfeck, cit por Gonçalves, et al., 2004).

2) WISC – III _ Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição

Proposta por Wechsler em 1949, a escala de inteligência de Wechsler para crianças, foi-se aperfeiçoando progressivamente, em 2003 Mário Simões e colaboradores procedem a uma aferição da escala para a população portuguesa. Trata-se de um instrumento clínico que avalia a inteligência de sujeitos com idades compreendidas entre os 6 anos e os 16 anos e 11 meses, aferida para a população portuguesa. Trata-se de um instrumento de medida das capacidades cognitivas gerais (QI) e não das várias capacidades isoladamente, caso da memória, atenção e funções perceptivas, embora se reconheçam que estejam presentes nos diversos sub testes. Esta prova é constituída por treze subtestes, de administração individual, sendo variável o tempo

de aplicação em cada um deles, em média pode dizer-se que o teste demora entre hora e meia a duas horas a aplicar-se. O desempenho dos sujeitos pode ser sintetizado em três resultados compósitos identificados como QI Verbal, QI de Realização e QI Escala Completa. Para além destas três escalas a WISC III na sua versão portuguesa, permite ainda obter três índices complementares, identificados a partir de análises factoriais dos resultados no conjunto de subtestes. Estes índices, designados de “Índices Factoriais”, correspondem aos seguintes resultados compósitos: Compreensão Verbal, Organização Perceptiva e Velocidade de Processamento. As distribuições das notas nos QI's Verbal, Realização e Escala Completa e dos resultados dos três índices factoriais têm uma média de 100, um desvio padrão de 15 e uma amplitude de 40 a 160. A validade dos resultados da Escala poderá ser determinada através da intensidade das correlações existentes entre os subtestes, e entre cada uma das escalas compósitas (QI's e índices). Verifica-se um elevado grau de correlação entre os subtestes dentro de cada subescala (verbal e de Realização), assim como a relativa independência entre os subtestes pertencentes a subescalas diferentes. Este padrão de correlações constitui uma prova da validade convergente e divergente dos resultados da WISC III (cit por Campbel & Fiske, 1959, in Wechsler, 2003)

3) Escalas Revistas de Conners- aferidas para a população portuguesa

Proposta por Conners, a versão revista das escalas de conners (1997) foi a base do trabalho de aferição para a população portuguesa desenvolvido por Ana Rodrigues em 2005.

As escalas de Conners – Versões Revistas, avaliam os problemas de comportamento, obtendo respostas de professores e pais. Tem uma função importante no processo de avaliação multimodal do DHDA, e em conjunto com outros instrumentos de avaliação e outras fontes de informação são um complemento importante no processo de avaliação e diagnóstico em Saúde Mental Infantil. São apropriadas para avaliar indivíduos entre os 3 e os 17 anos. As escalas de Conners- Versão Revista apresentam formas completas e reduzidas para pais e professores, sendo que a versão para pais complementa a dos professores. As formas reduzidas das versões das Escalas de Conners completas, foram desenvolvidas de forma a conterem os factores de derivação clinicamente mais significativos a partir do estudo das formas completas, sendo que todos os factores e itens escolhidos para as formas reduzidas apresentam excelentes propriedades psicométricas (Rodrigues, 2005).

a. Escala de Conners para professores – versão revista (forma reduzida)

A forma reduzida para professores é constituída por 28 itens, inclui 4 subescalas (Oposição; Problemas Cognitivos; Excesso de Actividade Motora e Índice de PHDA) e representa a forma mais económica e objectiva de obter informação relevante, ou seja, de descrição dos problemas apresentados pelas crianças no domínio académico, social e emocional na sala de aula. Foram utilizados mais do que um critério para cada índice, os critérios obtidos para cada índice foram: GFI(0,907); AGFI(0,877); RMS(0,062), sendo que todos os parâmetros respeitam os critérios de validade propostos (Rodrigues, 2005).

b. Escala de Conners para pais – versão revista (forma reduzida)

Através do preenchimento desta escala, os pais revelam o comportamento da criança em casa e em outros ambientes do quotidiano, onde têm oportunidade de observar os seus filhos. A forma reduzida para pais é constituída por 27 itens, inclui 4 subescalas (Oposição; Problemas Cognitivos; Excesso de Actividade Motora e Índice de PHDA). Foram utilizados mais do que um critério para cada índice, os critérios obtidos para cada índice foram: GFI(0,936); AGFI(0,928); RMS(0,042), sendo que todos os parâmetros respeitam os critérios de validade propostos (Rodrigues, 2005).

4) Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - versão standard

Teste desenvolvido por John C. Raven na Universidade de Dumfries, Escócia, sendo padronizado e publicado em 1938 e aferido para a população portuguesa por Mário Simões em 1994 (Simões, 1994). Instrumento clínico de avaliação cognitiva em termos de Inteligência Geral, cujo objectivo é medir a capacidade de representação mental, a capacidade de resolução de problemas e medir um dos componentes principais da inteligência geral: o factor "g". Esta prova tem por base um conteúdo abstracto, sendo composta por 60 itens repartidos por cinco séries de 12 itens cada, organizados segundo um grau crescente de dificuldade.

5) Protocolo da Entrevista sobre a Interação Narrativa

Entrevista de autoria de Margarida Rangel e Joana Laranjeira, para caracterização dos hábitos de interação narrativa entre os pais e as crianças, a ser preenchida pelos pais. Questionário composto por dois itens de resposta curta: (1) caracterização da interação em

termos de comunicação da criança com os pais a nível geral; (2) caracterização das conversas espontâneas entre o adulto e a criança; e dois itens de escolha múltipla, usando uma escala de Likert de 5 pontos (1-nunca; 5- muitas vezes): (3) caracterização dos relatos diários entre os adultos e a criança; (4) caracterização das histórias inventadas ou de livros contadas ou pela criança ou pela criança.

Podemos considerar como variáveis que se referem aos hábitos de Interação Narrativa entre os pais e as crianças: frequência dos relatos diários; resposta a perguntas dos pais diárias; iniciativa da criança nos relatos diários; iniciativa dos pais nos relatos diários; iniciativa dos pais em inventar histórias; iniciativa dos pais em ler histórias; iniciativa da criança em contar histórias; facilidade da criança em contar histórias; qualidade das histórias que a criança conta. Estas variáveis serão sempre analisadas tendo em conta a percepção dos pais (protocolo da entrevista em anexo 5).

2.2.2. Instrumentos de análise das narrativas

a) Sistema de Codificação da Coerência Estrutural Narrativa

Este sistema de avaliação da estrutura narrativa desenvolvido por Gonçalves, Henriques & Cardoso (2001; 2005), tem como objectivo avaliar a coerência das narrativas desenvolvidas em contexto de um discurso oral. Trata-se de um sistema baseado no modelo da estrutura narrativa sugerido por Labov & Waletzky (1967) e nas operacionalizações propostas por Baerger e McAdams (1999) e por Ferreira Alves e Gonçalves (1999). São consideradas quatro sub-dimensões narrativas: orientação, sequência estrutural, comprometimento avaliativo e integração para a avaliação da estrutura e coerência narrativa. Segundo um estudo de Gonçalves, Henriques, Alves & Soares (2002), verificou-se haver níveis elevados de fidelidade inter-observadores (cerca dos 96%) e de consistência interna (Alpha entre .79 e .92).

b) Sistema de Codificação da Complexidade de Processo Narrativa

Sistema de avaliação do grau de complexidade do processo narrativo, desenvolvido por Gonçalves, Henriques, Alves & Rocha (2001; 2005), inspirado no *Narrative Processes Coding Systems* proposto por Angus, Hardtke & Levitt (1996) e no modelo de psicoterapia cognitiva

narrativa de Óscar Gonçalves (1998). Pretende-se através deste instrumento, discriminar a diversidade da experiência sensorial, a complexidade dos estados subjectivos (emocionais e cognitivos) e a multiplicidade dos significados revelados pelos indivíduos ao narrarem as suas experiências. Consideram-se quatro sub-dimensões processuais: objectivação (complexidade sensorial), subjectivação emocional (complexidade emocional), subjectivação cognitiva (complexidade cognitiva) e metaforização (complexidade meta-cognitiva e de significação).

Segundo o estudo de Gonçalves, Henriques, Alves & Soares (2002), verificou-se haver níveis elevados de fidelidade inter-observadores (cerca dos 89%) e de consistência interna (Alpha entre .66 e .87).

c) Sistema de Codificação da Diversidade de Conteúdo Narrativa

Trata-se de um sistema de codificação desenvolvido por Gonçalves, Henriques, Soares & Monteiro, (2001; 2005) que visa a avaliação da diversidade de temas, de acontecimentos, de cenários e de personagens presentes na narrativa operacionalizando-se através da cotação destas quatro sub-dimensões. Parte-se do pressuposto que uma trama narrativa que apresente variedade de temas, personagens, cenários e acontecimentos, é a expressão de uma existência diversificada e flexível. Segundo o estudo de Gonçalves, Henriques, Alves & Soares (2002), verificou-se haver níveis elevados de fidelidade inter-observadores (cerca dos 94%) e de consistência interna (Alpha entre .86 e .90).

Estes três sistemas de Codificação Narrativa assentam numa codificação global que implica, após uma leitura integral do discurso do sujeito, duas fases distintas de leitura do texto a cotar. Uma primeira fase de determinação da existência ou não de narrativa (recorre-se ao critério proposto por Labov & Waletzky, 1967, que postula a ligação de duas unidades de discurso no tempo) e uma segunda fase de avaliação das dimensões da narrativa, através de um sistema de codificação das quatro sub-dimensões. Cada uma destas sub-dimensões é codificada de acordo com o grau de presença (multiplicidade) na narrativa em análise, usando uma escala de Likert de 5 pontos: 1- nada ou muito pouco; 2 – pouco; 3 – moderado; 4 – elevado; 5 – muito elevado. Este sistema de avaliação permite também um *score* global que varia entre os 0 e 80, que deriva da soma ponderada (com correcção dos desvios relativamente ao ponto 3 da escala) dos quatro índices.

2.3. Procedimento

2.3.1. Recolha de dados

No sentido de possibilitar a selecção da amostra e a recolha de dados, pedimos uma autorização ao director clínico do Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra (Anexo 6), tendo sido convocada uma reunião com os médicos e técnicos responsáveis pelas crianças, afim de obter a autorização e seleccionar as que poderiam ser contactadas. Recorremos a crianças que fossem pela primeira vez à consulta de Hiperactividade do Hospital Pediátrico Coimbra. Para se efectuar o diagnóstico clínico do DHDA, faz parte do protocolo desta consulta a aplicação dos Questionários de Conners (tendo sido apenas seleccionados os que obtiveram pontuação igual ou superior a um desvio padrão acima da média), dos critérios da DSM-IV (as crianças devem pontuar para pelo menos um dos sub-tipos) e as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (deve pontuar igual ou superior ao percentil 25, de forma a excluir a presença de deficiência mental). Consultámos estes dados de forma a podermos seleccionar a nossa amostra clínica e contactámos os pais aquando da vinda às consultas médicas, afim de obtermos autorização, mediante a assinatura da declaração de consentimento informado (anexo 7), para que os seus filhos pudessem participar nesta investigação. Obtivemos a aceitação de todos os pais das crianças em participar no nosso estudo

Procedemos a dois momentos de recolha dos dados com as crianças. Um primeiro momento em que a criança já tinha sido diagnosticada mas ainda não medicada e um segundo momento, cerca de 3 meses depois, em que a mesma criança já estava a tomar metilfenidato. Deparamo-nos com grandes dificuldades na recolha das narrativas principalmente no segundo momento da avaliação, dado que muitas crianças faltaram, não iniciaram ou interromperam a toma da medicação, o que levou à exclusão de algumas narrativas aplicadas no primeiro momento e à necessidade de recolher novas narrativas com outras crianças ainda não medicadas e seleccionadas mediante os mesmos critérios.

Recolhemos uma amostra completa de 30 crianças avaliadas em dois momentos diferentes, antes de iniciar a medicação e cerca de três meses após ter iniciado a toma de metilfenidato. Resta acrescentar que foram ainda introduzidos dois sujeitos-piloto antes do início da aplicação dos testes.

No primeiro momento de avaliação, o entrevistador no contexto de uma breve entrevista estruturada para recolha de dados de identificação da criança e do NSC, preenche uma ficha de

identificação (ver anexo 8) e entrega à mãe ou ao pai que acompanha a criança um protocolo de entrevista sobre a interacção narrativa para ser preenchida numa sala à parte enquanto o entrevistador prossegue com a avaliação da criança. Procedemos com a aplicação da WISC III, e com a tarefa de indução narrativa, tendo sido solicitada à criança a elaboração de uma história a partir da apresentação de um livro de imagens não legendadas. As histórias produzidas foram áudio gravadas, transcritas e posteriormente codificadas.

No segundo momento de avaliação, após terem sido medicadas com metilfenidato, as crianças voltaram à consulta, com um intervalo médio de 3 meses, tendo sido de novo entregue à mãe ou ao pai que acompanha a criança um protocolo de entrevista sobre a interacção narrativa e aplicada a entrevista de elicitación de narrativas à criança. Recorremos a 2 colaboradores (2 psicólogas com experiência profissional pertencentes aos Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra) que participaram na recolha de dados.

Foram necessários dois momentos de avaliação distintos com um intervalo médio de 3 meses, devido à introdução da variável medicação (metilfenidato), todavia, segundo a literatura logo após a toma do primeiro psico-estimulante há alterações no comportamento (Greenhill e cols, 2002, in Correia-Filho & Pastura, 2003).

2.3.2. Análise dos dados

Depois de efectuada a recolha dos elementos de identificação da criança, do NSC, dos resultados de quociente intelectual obtidos pela da WISC-III e das histórias obtidas através das entrevistas de elicitación de narrativas, estas foram codificadas e analisadas nas três dimensões: estrutura e coerência narrativa, processo e complexidade narrativa e conteúdo e diversidade narrativa, recorrendo aos três manuais descritivos dos Sistemas de Codificação Narrativa propostos por O. Gonçalves e colaboradores (usando uma escala de Likert de 5 pontos e recorrendo no mínimo a 6 leituras sugeridas pelos referidos manuais).

Um total de 60 narrativas (30 participantes x 2 narrativas) foram cotadas por cinco pares de juizes (10 psicólogos clínicos ingénuos em relação aos dados de identificação da amostra e hipóteses do estudo) que foram treinados segundo um plano de formação e treino específico nos manuais de codificação da estrutura e coerência narrativa, processo e complexidade narrativa e

conteúdo e diversidade narrativa, divididos em pares, sendo cada par distribuído para o sistema de codificação em que se especializou. As narrativas foram colocadas de uma forma aleatória e distribuídas pelos juízes com experiência de cotação, cotando-as individualmente. Posteriormente procedeu-se ao cálculo do acordo inter-observadores, sendo efectuado sobre 30% das narrativas (15% das primeiras a ser cotadas e 15% das últimas) através do cálculo do coeficiente de correlação intra-classes (Everitt & Hay, 1992, in O. Gonçalves, Henriques, Alves & Soares, 2002). O acordo inter-observadores teria que ser acima de 80%, no sentido de determinar a fidelidade dos pares de juízes a cotar as narrativas, sendo os desacordos resolvidos através do consenso, seleccionados os pares de juízes que melhor acordo tinham e treinados aqueles com acordo inter-observador abaixo dos 80% até que conseguissem um melhor acordo.

Recorremos ainda aos dados já tratados de uma amostra não clínica (grupo de controlo) recolhida para o estudo do Desenvolvimento Narrativo na Infância (O, Gonçalves & Alves, 2005) para que servisse de termo de comparação com amostra clínica.

3. RESULTADOS

*“À semelhança de qualquer narrativa, a vida não passa afinal de um modo complexo de gestão de espaço e de tempo”
(Gonçalves, 2002, p. 19)*

Os resultados serão organizados e apresentados em cinco momentos:

- 3.1. Comparação das notas globais das três dimensões narrativas (Estrutura, Processo e Conteúdo) nas crianças com DHDA antes e após a toma da medicação.
- 3.2. Comparação das sub-dimensões para a Estrutura, Processo e Conteúdo, nas crianças com DHDA antes e após medicação.
- 3.3. Análise das correlações entre as notas globais das três dimensões narrativas (Estrutura, Processo e Conteúdo) obtidas nos dois momentos (sem e com medicação) e as variáveis sexo e Nível Socio-Cultural (NSC).
- 3.4. Análise das correlações entre as notas globais das três dimensões narrativas (Estrutura, Processo e Conteúdo) obtidas nos dois momentos (sem e com medicação) e as variáveis idade, escolaridade e QI's.
- 3.5. Análise das correlações entre as notas globais das três dimensões narrativas (Estrutura, Processo e Conteúdo) obtidas nos dois momentos (sem e com medicação) e as variáveis que se referem aos hábitos de interacção narrativa entre os pais e as crianças.

As análises estatísticas efectuadas foram teste t-student para amostras emparelhadas (intra sujeitos) para comparar as notas globais das três dimensões (estrutura, processo e conteúdo) das narrativas antes e após medicação. Para comparar as sub-dimensões da estrutura, processo e conteúdo das narrativas antes e após medicação, dada a natureza não paramétrica das variáveis, recorreremos ao teste de Friedman, quando os resultados foram significativos recorreremos ao teste de Wilcoxon, para determinar entre que pares de variáveis se situavam as diferenças. Para comparar as notas globais das três dimensões com as variáveis NSC e sexo, utilizamos uma Análise de Variância Multivariada (MANOVA), seguida do teste Wilks-Lambda para determinar as diferenças significativas. Para explorar a existência de associações entre os totais da estrutura, processo e conteúdo, as variáveis sócio-demográficas e as variáveis de interacção narrativa, recorreremos aos coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman respectivamente.

Análise do perfil narrativo tendo em conta a variável medicação

3.1. Notas globais da estrutura, processo e conteúdo narrativos das crianças antes e após medicação.

No sentido de compararmos as notas globais da estrutura, processo e conteúdo, das crianças antes e após a medicação a fim de verificarmos se há diferenças significativas recorremos ao teste t-student. A figura 1 mostra os resultados comparativos das notas globais da estrutura, processo e conteúdo nos dois momentos.

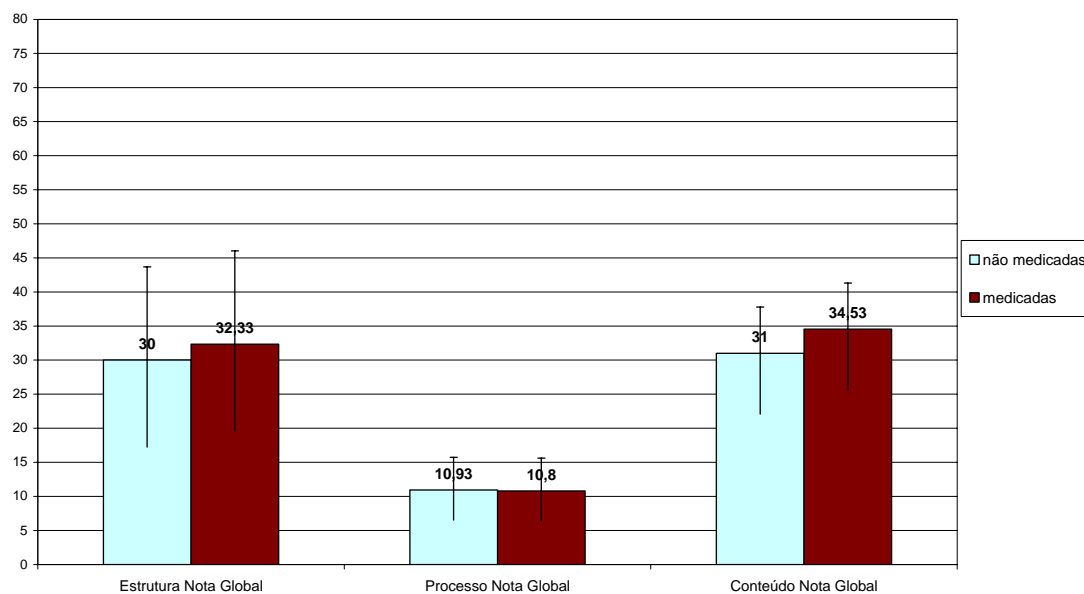


Figura 1. Resultados comparativos das Notas Globais da Estrutura, Processo e Conteúdo, pré e pós medicação.

Num primeiro momento focalizamo-nos na leitura dos valores apresentados na figura e num segundo momento apresentaremos os resultados dos testes de diferenças de médias.

Comparando as médias das dimensões do desenvolvimento narrativo das crianças com DHDA antes e depois de tomarem medicação, verificamos um aumento nas notas globais da estrutura e do conteúdo com a toma da medicação, contudo em relação ao processo não se verificaram diferenças.

Verificamos que na sua globalidade as narrativas das crianças com DHDA apresentam valores ao nível das três dimensões da matriz narrativa abaixo do ponto médio da escala, sugerindo fracas competências narrativas ao nível da coerência estrutural, complexidade e diversidade. Ao nível descritivo no que se refere ao momento sem medicação, a dimensão mais

elevada é a do conteúdo ($M=31,00$; $DP=6,782$), seguindo-se a dimensão da estrutura ($M=30,00$; $DP=13,696$) e finalmente do processo ($M=10,93$; $DP=4,806$). Relativamente às crianças já medicadas os resultados ao nível do funcionamento narrativo são semelhantes ao do momento anterior à toma da medicação, ou seja a dimensão mais elevada continua a ser o conteúdo ($M=34,53$; $DP=8,928$), seguindo-se a dimensão da estrutura ($M=32,33$; $DP=12,748$) e o processo ($M=10,80$; $DP=4,413$).

No sentido de percebermos se as diferenças ocorridas entre as dimensões narrativas antes e após a toma da medicação são estatisticamente significativas, recorreremos ao teste t-student. A tabela 3 apresenta as medidas descritivas relativas à caracterização das narrativas para as três dimensões da matriz narrativa e os resultados do teste t-student.

Tabela 3. Comparação narrativas produzidas pelas crianças antes e após a medicação ao nível das médias (desvios-padrão) das dimensões da matriz narrativa e resultados do teste t-student.

	Pré Medicação			Pós Medicação		
	Estrutura	Processo	Conteúdo	Estrutura	Processo	Conteúdo
Média (DP)	30,00 (13,696)	10,93 (4,806)	31,00 (6,928)	32,33 (12,748)	10,80 (4,413)	34,53 (8,928)
t-student t	Est/Proc 8,705 ***	Est/Cont -0,460 n.s.	Pro/Cont -14,528 ***	Est/Proc 9,908 ***	Est/Cont -1,315 n.s.	Pro/Cont -15,154 ***
t	Estrutura pré med /pós med -0,872 n.s.	Processo Pré med /pós med 0,119 n.s.	Conteúdo pré med /pós medicação -2,123 *			

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

n.s.- diferenças não significativas

Comparando as dimensões da matriz narrativa das crianças com DHDA antes e após medicação, verificámos através da análise do teste t-student, existirem diferenças significativas apenas na dimensão do conteúdo $t(29)=-2,123$, $p<0,5$. Então, existe evidência estatística para afirmar que a medicação faz aumentar a dimensão do conteúdo narrativo, considerando um α de 5%. Relativamente às dimensões estrutura e processo, verificamos não existirem diferenças significativas com a introdução da variável medicação.

Tomando em consideração apenas as crianças antes da medicação, a análise do teste t-student revelou existirem diferenças significativas entre os seguintes pares de variáveis: estrutura e processo ($t(29)=8,705$, $p<.001$) e processo e conteúdo ($t(29)=-14,528$, $p<.001$), não se encontrando diferenças estatisticamente significativas entre estrutura e conteúdo. Analisando os resultados do teste t-student para as crianças após a toma da medicação, verificamos que as diferenças significativas se mantêm entre os mesmos pares de variáveis: estrutura e processo

($t(29)=9,908$, $p<.001$) e processo e conteúdo ($t(29)=15,154$, $p<.001$), não se encontrando, há semelhança do momento anterior à medicação, diferenças estatisticamente significativas entre estrutura e conteúdo.

3.2.Sub-dimensões da estrutura, processo e conteúdo narrativos das crianças antes e após a medicação.

Comparamos as médias das sub-dimensões da estrutura, processo e conteúdo, das narrativas das crianças antes e após a toma da medicação afim de percebermos se há diferenças significativas entre as várias sub-dimensões, recorrendo ao teste Friedman. De seguida aplicámos o teste de Wilcoxon no sentido de verificarmos em que pares das sub-dimensões se encontram as diferenças significativas.

3.2.1. Estrutura e Coerência Narrativa

Relativamente à dimensão da estrutura a figura 2 apresenta os valores das ordens médias obtidos em cada sub-dimensão das narrativas das crianças antes e após a toma da medicação.

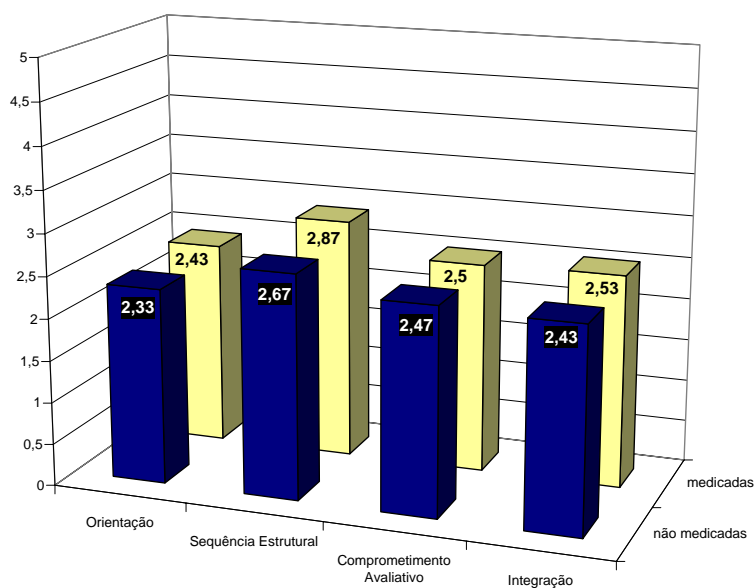


Figura 2. Resultados comparativos dos valores das ordens médias referentes às sub-dimensões da estrutura, nos momentos pré e pós medicação.

Constata-se que, para todas as sub-dimensões da coerência estrutural a ordem média encontra-se abaixo do nível moderado, tanto no momento pré como pós medicação. Comparando as ordens médias das sub-dimensões do desenvolvimento narrativo das crianças com DHDA antes e depois de tomarem medicação, verificamos um aumento em todos os parâmetros da estrutura com a toma da medicação.

Analizando apenas as narrativas das crianças antes de serem medicadas verificamos que a sub-dimensão com pontuação mais elevada refere-se à sequência estrutural ($M=2,67$; $DP=0,711$), seguida do comprometimento avaliativo ($M=2,47$; $DP=1,008$), seguida da integração ($M=2,43$; $DP=1,040$), sendo a orientação a sub-dimensão com pontuação mais baixa ($M=2,33$; $DP=0,844$). Após a medicação a sub-dimensão com pontuação mais elevada continua a ser a sequência estrutural ($M=2,87$; $DP=0,776$), seguida da integração ($M=2,53$; $DP=0,776$), seguida do comprometimento avaliativo ($M=2,50$; $DP=1,306$), e à semelhança do que aconteceu antes da toma da medicação a orientação é a sub-dimensão com pontuação mais baixa ($M=2,43$; $DP=0,935$). Para uma descrição dos parâmetros mais detalhada, consultar a tabela 4 onde estão apresentadas as medidas descritivas relativas à caracterização das narrativas das crianças antes e após da toma da medicação, em termos de análise das sub-dimensões para a estrutura.

A fim de percebermos se existem diferenças estatisticamente significativas entre as ordens médias obtidas nas sub-dimensões referentes à estrutura das narrativas nas crianças antes da medicação vs depois da medicação, recorremos ao teste de Friedman, estando os resultados apresentados também na tabela 4.

Tabela 4. Comparação das ordens médias (desvios-padrão) das sub-dimensões referentes à estrutura das narrativas produzidas pelas crianças nos momentos pré e pós medicação e resultados do teste de Friedman.

Pré Medicação					Pós Medicação			
Notas por parâmetro	Or.	Seq. Estr.	Cp. Av.	Int.	Or.	Seq.Est	Cp.Av.	Int.
	2,33 (0,844)	2,67 (0,711)	2,47 (1,008)	2,43 (1,040)	2,43 (0,935)	2,87 (0,776)	2,50 (1,306)	2,53 (0,776)
Friedman X²(3)	n.s.				n.s.			
Friedman X²(7)	n.s.							

n.s.- diferenças não significativas

Comparando as sub-dimensões referentes à estrutura das narrativas das crianças com DHDA antes e após medicação, verificámos através da análise do teste de Friedman, não existirem diferenças significativas, pelo que existe evidência estatística para afirmar que, nesta amostra, a medicação não faz aumentar qualquer sub-dimensão da estrutura narrativa.

Verificamos também através da análise do teste de Friedman, que mesmo na fase anterior à medicação como na fase em que as crianças estão medicadas, não existiam diferenças significativas entre as sub-dimensões da estrutura.

3.2.2. Processo e Complexidade Narrativa

No que se refere à dimensão do Processo a figura 3 apresenta os valores das ordens médias obtidos em cada sub-dimensão nos momentos pré e pós medicação.

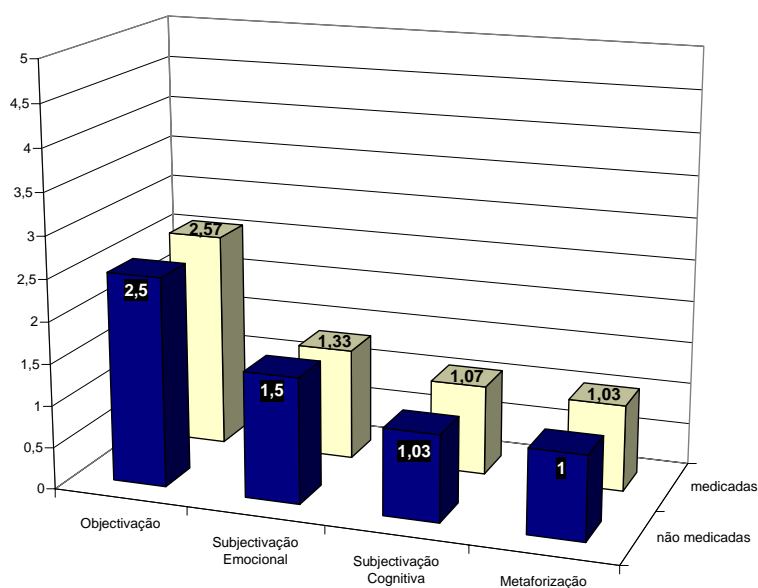


Figura 3. Resultados comparativos das ordens médias das sub-dimensões do processo, nos momentos pré e pós medicação.

Comparando as ordens médias das sub-dimensões da complexidade narrativa das crianças com DHDA antes e depois de tomarem medicação, verificamos um aumento nos parâmetros objectivação, subjectivação cognitiva e metaforização com a toma da medicação, contudo verifica-se uma ligeira diminuição na sub-dimensão subjectivação emocional.

Analisando as sub-dimensões referente ao processo, tanto no momento pré como pós medicação e à semelhança da estrutura, todos os valores das ordens médias encontram-se

abaixo do nível moderado. Relativamente às narrativas das crianças antes de serem medicadas verificamos que a sub-dimensão com pontuação mais elevada é a objectivação ($M=2,50$; $DP=0,509$), seguida da subjectivação emocional ($M=1,50$; $DP=0,731$), da subjectivação cognitiva ($M=1,03$; $DP=0,183$) e o parâmetro com pontuação mais baixa é a metaforização ($M=1,00$; $DP=0,00$). Depois da medicação e à semelhança do perfil anterior à toma da medicação, a sub-dimensão com pontuação mais elevada continua a ser a objectivação ($M=2,57$; $DP=0,504$), seguida da subjectivação emocional ($M=1,33$; $DP=0,547$), da subjectivação cognitiva ($M=1,07$; $DP=0,254$) e o parâmetro com pontuação mais baixa é a metaforização ($M=1,03$; $DP=0,183$). Para uma descrição dos parâmetros mais detalhada, consultar a tabela 5 onde estão apresentadas as medidas descritivas que referimos anteriormente.

Aplicámos o teste de Friedman afim de percebermos se as diferenças das ordens médias das sub-dimensões referentes ao processo entre as narrativas das crianças antes da medicação vs depois da medicação eram estatisticamente significativas e posteriormente fizemos o teste de Wilcoxon no sentido de verificarmos em que pares das sub-dimensões se encontram as diferenças que são estatisticamente significativas, estes resultados são também apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Comparação das ordens médias (desvios-padrão) das sub-dimensões referentes ao processo das narrativas produzidas pelas crianças nos momentos pré e pós medicação e resultados dos testes de Friedman e Wilcoxon.

Pré Medicação					Pós Medicação			
Notas por parâmetro	Obj.	Sb.Em	Sub.Cg	Met	Obj.	Sb.Em	Sub.Cg	Met
	2,50 (0,509)	1,50 (0,731)	1,03 (0,183)	1,00 (0,000)	2,57 (0,504)	1,33 (0,547)	1,07 (0,254)	1,03 (0,183)
Friedman $\chi^2(3)$	71,005 ***				71,784 ***			
Wilcoxon Z	O/ SE	SE/SC	SC/ M	M/ O	O/ SE	SE/SC	SC/ M	M/ O
	-4,065 ***	-2,889 **	-1,000 n.s.	-4,930 ***	-4,507 ***	-2,530 *	-0,577 n.s.	-4,932 ***
	O/ SC	SE/ M			O/ SC	SE/ M		
	-4,932 ***	-3,035 **			-4,853 ***	-2,496 *		
Friedman $\chi^2(7)$	158,347 ***							
Wilcoxon Z	O pré med/ O pós med		SE pré med/ SE pós med		SC pré med/ SC pós med		M pré med/ M pós med	
	-0,577 n.s.		-1,115 n.s.		-0,577 n.s.		-1,000 n.s.	

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

n.s.- diferenças não significativas

Comparando as sub-dimensões referentes ao processo das narrativas das crianças com DHDA antes e após medicação, verificámos através da análise do teste de Friedman, existirem diferenças significativas ($\chi^2(7) = 158,347$, $p < .001$), contudo através do teste de Wilcoxon as diferenças verificadas com a toma da medicação não se evidenciam para nenhuma sub-dimensão, pelo que não existe evidência estatística para afirmar que a medicação faz aumentar qualquer sub-dimensão do processo.

Aplicámos também o teste de Friedman na fase anterior à medicação e verificámos a existência de diferenças significativas ($\chi^2(3) = 71,005$, $p < .001$), com a aplicação do teste de Wilcoxon verificámos que as diferenças estatisticamente significativas se situam nos seguintes pares: objectivação e subjectivação emocional ($Z = -4,065$; $p < .001$), sequência estrutural e subjectivação cognitiva ($Z = -2,889$; $p < .01$), subjectivação cognitiva e objectivação ($Z = -4,932$; $p < .001$), subjectivação emocional e metaforização ($Z = -3,035$; $p < .01$) e metaforização e objectivação ($Z = -4,930$; $p < .001$).

Analisando a fase da toma da medicação verificamos com o teste de Friedman existirem também diferenças significativas ao nível das sub-dimensões ($\chi^2(3) = 71,784$, $p < .001$), com a aplicação do teste de Wilcoxon verificámos que as diferenças estatisticamente significativas se situam nos mesmos pares que na fase anterior à medicação: objectivação e subjectivação emocional ($Z = -4,507$; $p < .001$), sequência estrutural e subjectivação cognitiva ($Z = -2,530$; $p < .05$), subjectivação cognitiva e objectivação ($Z = -4,853$; $p < .001$), subjectivação emocional e metaforização ($Z = -2,496$; $p < .05$) e metaforização e objectivação ($Z = -4,932$; $p < .001$).

3.2.3. Conteúdo e Multiplicidade Narrativa

Relativamente ao conteúdo a figura 4 apresenta os valores das ordens médias obtidos em cada sub-dimensão das narrativas das crianças antes e após a medicação.

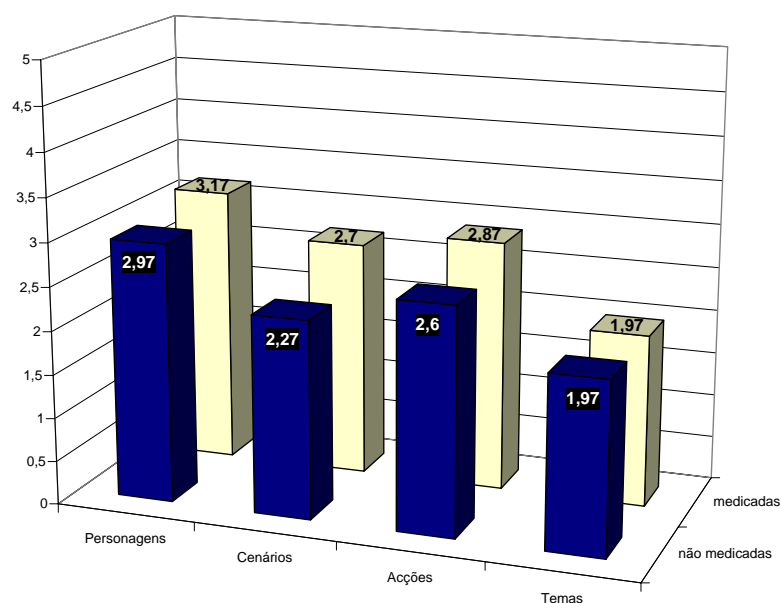


Figura 4. Resultados comparativos das ordens médias das sub-dimensões do conteúdo, nos momentos pré e pós medicação.

Comparando as ordens médias das sub-dimensões da multiplicidade narrativa constata-se que com a toma da medicação há um aumento nos parâmetros personagens, cenários e acções e uma manutenção do valor da ordem média que se refere aos temas.

No que se refere às sub-dimensões do conteúdo nas crianças antes de serem medicadas, todos os valores das ordens médias encontram-se abaixo do nível moderado (entre os níveis 1-muito pouco e 2-pouco), todavia com a toma medicação a ordem média da sub-dimensão referente aos personagens encontra-se ligeiramente acima do nível 3-médio.

Analisando apenas as narrativas das crianças antes de serem medicadas, de uma forma descritiva verificamos que a sub-dimensão com pontuação mais elevada refere-se às personagens ($M=2,97$; $DP=0,669$), seguida das acções ($M=2,60$; $DP=0,675$), dos cenários ($M=2,27$; $DP=0,640$), sendo os temas a sub-dimensão com pontuação mais baixa ($M=1,97$; $DP=0,183$). Com a toma da medicação a distribuição mantém-se, a sub-dimensão dos personagens continua a ser a mais elevada ($M=3,17$; $DP=0,759$), seguida das acções ($M=2,87$; $DP=0,819$), dos cenários ($M=2,70$; $DP=0,794$), sendo os temas a sub-dimensão com pontuação mais baixa ($M=1,97$; $DP=0,183$).

Para uma descrição dos parâmetros mais detalhada, consultar a tabela 6 onde estão apresentadas as medidas descritivas relativas à caracterização das narrativas em termos de análise das sub-dimensões para o conteúdo e os resultados dos testes de Friedman e de Wilcoxon.

Tabela 6. Comparação das ordens médias (desvios-padrão) das sub-dimensões referentes ao conteúdo das narrativas produzidas pelas crianças antes da toma da medicação vs depois da toma da medicação e resultados dos testes de Friedman e Wilcoxon.

Pré Medicação					Pós Medicação			
Notas por parâmetro	Pers	Cen	Ac.	Tem	Pers	Cen	Ac.	Tem
	2,97 (0,669)	2,27 (0,640)	2,60 (0,675)	1,97 (0,183)	3,17 (0,759)	2,70 (0,794)	2,87 (0,819)	1,97 (0,183)
Friedman $\chi^2(3)$	43,119 ***				47,016 ***			
Wilcoxon Z	P/ C	C/ Ac	Ac/ T	T/ P	P/ C	C/ Ac	Ac/ T	T/ P
	-3,722 ***	-2,352 *	-3,755 ***	-4,524 ***	-2,828 **	-1291, n.s.	-3,946 ***	-4,419 ***
	P/ Ac	C/ T			P/ Ac	C/ T		
	-2,399 *	-2,496 *			-2,530 *	-3,704 ***		
Friedman $\chi^2(7)$	86,436 ***							
Wilcoxon Z	P pré med/ P pós med		C pré med/ C pós med		A pré med/ A pós med		T pré med/ T pós med	
	-1,076 n.s.		-2,346 *		-1,539 n.s.		-1,000 n.s.	

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

n.s.- diferenças não significativas

Comparando as sub-dimensões referentes ao conteúdo das narrativas das crianças com DHDA antes e após medicação, verificámos, através da análise do teste de Friedman que existem diferenças significativas ($\chi^2(7) = 86,436$; $p < .001$), sendo que através do teste de Wilcoxon as diferenças verificadas com a toma da medicação evidenciam-se apenas na sub-dimensão dos cenários ($Z = -2,346$; $p < .05$), pelo que existe evidência estatística para afirmar que no que se refere ao conteúdo a medicação faz aumentar sub-dimensão dos cenários.

Aplicámos também o teste de Friedman na fase anterior à medicação e verificámos a existência de diferenças significativas ($\chi^2(3) = 43,11$; $p < .001$), com a aplicação do teste de Wilcoxon verificámos que as diferenças estatisticamente significativas localizam-se entre todos os pares das quatro sub-dimensões: personagens e cenários ($Z = -3,722$; $p < .001$), personagens e acções ($Z = -2,399$; $p < .05$), cenários e acções ($Z = -2,352$; $p < .05$), cenários e temas ($Z = -2,496$; $p < .05$), acções e temas ($Z = -3,755$; $p < .001$) e temas e personagens ($Z = -4,524$; $p < .001$).

Analisando a fase da toma da medicação verificamos com o teste de Friedman existirem também diferenças significativas ao nível das sub-dimensões ($\chi^2(3) = 47,016$; $p < .001$), com a aplicação do teste de Wilcoxon verificámos que as diferenças estatisticamente significativas se situam nos mesmos pares que na fase anterior à medicação excepto para o par acções e

cenários: personagens e cenários ($Z=-2,828$; $p<.01$), personagens e acções ($Z=-2,530$; $p<.05$), cenários e temas ($Z=-3,704$; $p<.001$), acções e temas ($Z=-3,946$; $p<.001$) e temas e personagens ($Z=-4,419$; $p<.001$).

3.3. Notas globais da estrutura, processo e conteúdo narrativos por sexo e NSC

3.3.1. Notas globais da estrutura, processo e conteúdo narrativos por sexo

Comparámos os resultados das narrativas por sexo nas crianças antes e após a toma da medicação afim de percebermos se existiam diferenças significativas. A figura 5 mostra os resultados comparativos das notas globais entre os sexos.

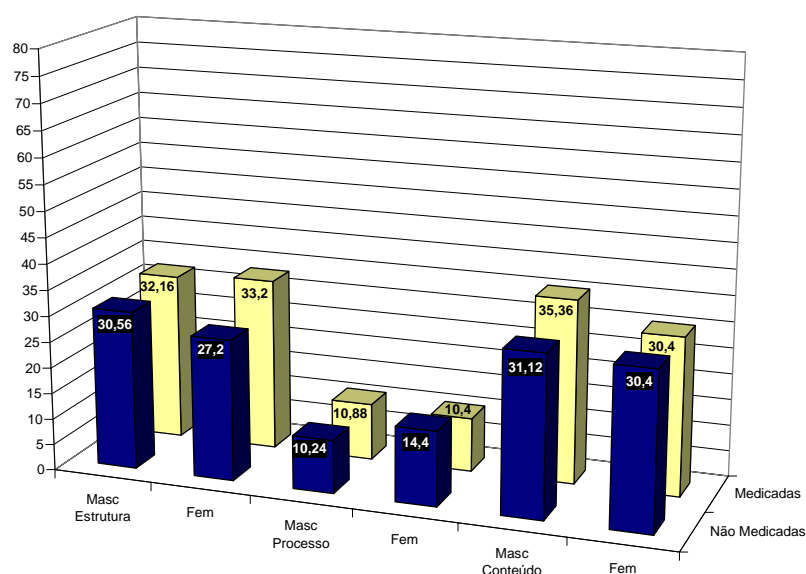


Figura 5. Resultados das notas globais da estrutura, processo e conteúdo por sexo.

Para ambas as fases, pré e pós medicação constatámos que todos os valores se encontram abaixo do nível médio, sendo a dimensão mais elevada refere-se ao conteúdo no sexo masculino.

Em relação às crianças não medicadas, o sexo masculino ($M=30,56$; $DP= 13,386$) obtém médias mais elevadas que o sexo feminino ($M=27,20$; $DP= 16,529$) para dimensão da estrutura e para a dimensão do conteúdo ($M=31,512$; $DP= 7,213$) e ($M=30,40$; $DP= 4,561$)

respectivamente. Ao nível do processo, o sexo feminino revela médias superiores ($M=14,40$; $DP=4,336$) ao sexo masculino ($M=10,24$; $DP=4,666$).

No que concerne às crianças já medicadas, o sexo masculino revela médias superiores ao nível do conteúdo ($M=35,36$; $DP=8,976$) em relação ao sexo feminino ($M=30,40$; $DP=8,295$) e ligeiramente superiores ao nível do processo para o sexo masculino ($M=10,88$; $DP=4,622$) em relação ao sexo feminino ($M=10,40$; $DP=3,578$). Relativamente à estrutura verificamos que o sexo feminino é quem revela médias superiores ($M=33,20$; $DP=9,960$) às do sexo masculino ($M=32,16$; $DP=13,403$).

A fim de compararmos as notas globais das dimensões narrativas (estrutura, processo e conteúdo) entre os sexos (masculino e feminino) nas crianças com e sem a medicação, recorreremos à Análise de Variância Multivariada (MANOVA) seguida do teste Wilks-Lambda para determinar as diferenças significativas, e os resultados são apresentados na tabela 7.

Tabela 7. Análise da Variância Multivariada para comparação do sexo ao nível das notas globais das dimensões narrativas

		Sexo	Estrutura	Processo	Conteúdo
Não Medicadas <i>M</i> <i>(DP)</i>	Masculino		30,56 (13,386)	10,24 (4,666)	31,12 (7,213)
	Feminino		27,20 (16,529)	14,40 (4,336)	30,40 (4,561)
		Total	30,00 (13,696)	10,93 (4,806)	31,00 (6,782)
Wilks' Lambda		F(3, 26)	n.s.		
Medicadas <i>M</i> <i>(DP)</i>	Masculino		32,16 (13,403)	10,88 (4,622)	35,36 (8,976)
	Feminino		33,20 (9,960)	10,40 (3,578)	30,40 (8,295)
		Total	32,33 (12,748)	10,80 (4,413)	34,53 (8,928)
Wilks' Lambda		F(3, 26)	n.s.		

n.s.- diferenças não significativas

A Análise de Variância Multivariada (MANOVA) revelou que as diferenças verificadas entre os sexos tanto no momento pré medicação, como no momento pós medicação não são estatisticamente significativas.

3.3.2. Notas globais da estrutura, processo e conteúdo Narrativos por NSC

Comparámos os resultados das narrativas dos vários NSC (e.g., NSC Baixo; NSC Médio e NSC Alto) nas crianças antes e após a toma da medicação a fim de percebermos se existiam diferenças significativas. A figura 6 mostra os resultados comparativos das notas globais nos três NSC.

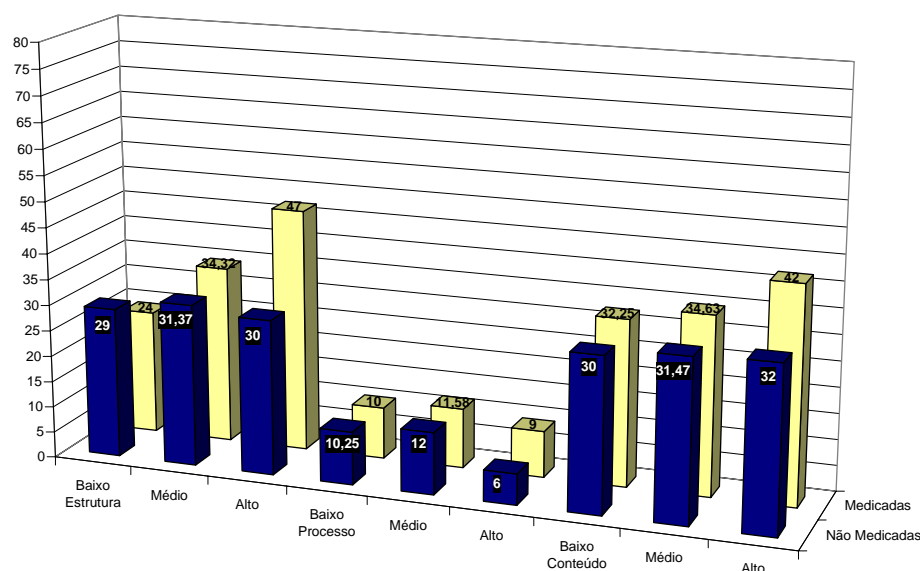


Figura 6. Resultados das notas globais da estrutura, processo e conteúdo por NSC.

Verificamos que as narrativas das crianças antes da toma da medicação, para todos os NSC, situam-se abaixo do valor médio. Após a medicação verificam-se, pela primeira vez, narrativas acima do nível médio apenas no NSC Alto e nas dimensões da estrutura e do conteúdo.

Constatamos em relação às narrativas das crianças pré medicação, para o NSC Alto o conteúdo revela médias superiores ($M=32,00$; $DP=5,657$) relativamente à estrutura ($M=30,00$; $DP=2,828$) e ao processo ($M=6,00$; $DP=0,00$). No que se refere ao NSC Médio o perfil é semelhante, o conteúdo sobressai ($M=31,47$; $DP=7,655$) relativamente à estrutura ($M=31,37$; $DP=13,889$) e ao processo ($M=12,00$; $DP=5,249$). O mesmo acontece para o NSC Baixo, o conteúdo é a dimensão mais elevada ($M=30,00$; $DP=5,657$), seguida da estrutura ($M=29,00$; $DP=15,081$) e do processo ($M=10,25$; $DP=3,284$).

No que concerne às narrativas das crianças pós medicadas, relativamente ao NSC Alto a dimensão da estrutura é a que tem maior média ($M=47,00$; $DP=1,414$), seguindo-se do conteúdo ($M=42,00$; $DP=2,828$) e do processo ($M=9,00$; $DP=4,343$). No que respeita ao NSC Médio a dimensão do conteúdo é a mais elevada ($M=34,63$; $DP=9,616$), seguindo-se da

estrutura ($M=34,32$; $DP=12,724$) e do processo ($M=11,58$; $DP=4,598$). O perfil para NSC Baixo é semelhante, a dimensão do conteúdo tem a média superior ($M=32,25$; $DP=8,311$), seguida da estrutura ($M=24,254$; $DP=10,254$) e do processo ($M=10,00$; $DP=4,140$).

A fim de compararmos as dimensões narrativas (estrutura, processo e conteúdo) dos vários NSC nas crianças com e sem a medicação, recorreremos à Análise de Variância Multivariada (MANOVA) seguida do teste Wilks-Lambda para determinar as diferenças significativas, os resultados são apresentados na tabela 8.

Tabela 8. Análise da Variância Multivariada para comparação do NSC ao nível das notas globais das dimensões narrativas.

	NSC	Estrutura	Processo	Conteúdo
Pré Medicação <i>M</i> (<i>DP</i>)	Baixo	29,00 (15,081)	10,25 (3,284)	30,00 (5,657)
	Médio	31,37 (13,889)	12,00 (5,249)	31,47 (7,655)
	Alto	30,00 (2,828)	6,00 (0,000)	32,00 (5,657)
Wilks' Lambda F(6, 48) n.s.				
Pós Medicação <i>M</i> (<i>DP</i>)	Baixo	24 (10,254)	10 (4,140)	32,25 (8,311)
	Médio	34,32 (12,724)	11,58 (4,598)	34,63 (9,616)
	Alto	47 (1,414)	9 (4,343)	42 (2,828)
Wilks' Lambda F(6, 48) n.s.				

n.s.- diferenças não significativas

A Análise de Variância Multivariada (MANOVA) revelou que as diferenças verificadas entre os NSC tanto nas crianças sem medicação, como nas crianças com medicação não são estatisticamente significativas.

3.4. Análise das correlações entre as notas globais das três dimensões narrativas (Estrutura, Processo e Conteúdo) e variáveis sócio-demográficas

Com o objectivo de averiguar a existência associações entre os resultados das narrativas e as variáveis sócio-demográficas da amostra, efectuaram-se análises correlacionais através do Coeficiente de Pearson, entre as notas globais das três dimensões narrativas, as variáveis sócio-demográficas: idade e escolaridade, bem como, os valores do quociente intelectual (QI Verbal, QI de Realização e QI Global; Índice de Compreensão Verbal; Índice de Organização Perceptiva e Índice de Velocidade de Processamento). Os resultados obtidos podem ser consultados na tabela 9.

A idade dos sujeitos encontra-se positivamente correlacionada com a escolaridade ($r=0,825$; $p<.001$) bem como com a nota global do conteúdo nas narrativas das crianças antes da medicação ($r=0,464$; $p<.001$).

Relativamente às medidas do funcionamento intelectual não se encontram correlações significativas com as dimensões narrativas, verificando-se apenas correlações intra QI's e índices do funcionamento intelectual.

Tabela 9. Correlações de Pearson entre os totais da Estrutura, Processo e Conteúdo das Narrativas pré e pós medicação, Idade, Escolaridade e Quocientes Intelectuais.

	Idade	Escolaridade	QI Verbal	QI Realização	QI Global	ICV	IOP	IVP	Estrutura PM	Processo PM	Conteúdo PM	Estrutura M	Processo M	Conteúdo M
Idade	1,000													
Escolaridade	,825**	1,000												
QI Verbal	-,017	-,113	1,00											
QI Realização	-,068	-,305	,344	1,000										
QI Global	-,051	-,246	,843**	,793**	1,000									
ICV	-,051	-,141	,976**	,299	,811**	1,000								
IOP	,001	-,270	,238	,938**	,692**	,205	1,000							
IVP	-,080	-,026	,519**	,415*	,576**	,555**	,137	1,000						
Estrutura PM	,092	-,049	,033	,311	,213	,094	,242	,335	1,000					
Processo PM	,015	,037	,012	,194	,116	,008	,083	,349	,507**	1,000				
Conteúdo PM	,464**	,447	,133	,012	,099	,172	-,025	,097	,493**	,182	1,000			
Estrutura M	-,020	,203	,059	_,067	,012	,130	-,128	,321	,387*	,362*	,344	1,000		
Processo M	-,147	-,248	,010	,130	,074	,044	,059	,039	,313	,113	,327	,358	1,000	
Conteúdo M	,308	,264	,054	,044	,064	,096	,055	,113	,367*	,078	,358	,695**	,325	1,000

** Correlação significativa ao nível $p < .01$; * Correlação significativa ao nível $p < .05$.

Legenda:

PM-Pré Medicadas; **M**-Medicadas; **ICV**- Índice de Compreensão Verbal; **IOP** – índice de Organização Perceptiva; **IVP** – índice de Velocidade de Processamento.

3.5. Análise das correlações entre as notas globais das três dimensões narrativas (Estrutura, Processo e Conteúdo) e as variáveis referentes aos hábitos de interacção narrativa entre pais e crianças

Com o objectivo de averiguar a existência de associações entre os resultados das narrativas e as variáveis referentes aos hábitos de interacção narrativa entre pais e crianças com DHDA (respostas ao protocolo da entrevista sobre a interacção narrativa), efectuaram-se análises correlacionais através do Coeficiente de Correlação de Spearman, entre as notas globais das três dimensões (estrutura, processo e conteúdo) das narrativas das crianças antes e após a medicação e as seguintes variáveis independentes: frequência dos relatos diários; resposta a perguntas dos pais diárias; iniciativa da criança nos relatos diários; iniciativa dos pais nos relatos diários; iniciativa dos pais em inventar histórias; iniciativa dos pais em ler histórias; iniciativa da criança em contar histórias; facilidade da criança em contar histórias e qualidade das histórias que a criança conta. Analisamos, num primeiro momento, as correlações entre as dimensões das narrativas das crianças sem medicação e as variáveis referentes ao questionário da interacção narrativa, respondido pelos pais antes da toma da medicação. Num segundo momento, detemo-nos na fase em que as crianças já estão medicadas e analisamos as correlações entre as dimensões narrativas e as variáveis referentes ao questionário da interacção narrativa preenchido após a toma da medicação. Num terceiro momento, analisamos as correlações obtidas quando comparamos as variáveis referentes à interacção narrativa entre os pais e as crianças antes e depois da toma da medicação, e às variáveis destes questionários com as dimensões das narrativas das crianças sem e com medicação.

Por fim, analisamos as duas primeiras questões do protocolo da entrevista sobre a interacção narrativa, dado que são perguntas de resposta curta e não de escolha múltipla.

Focalizando-nos na fase anterior à toma da medicação (tabela 10), verificamos não haver correlações estatisticamente significativas tanto da estrutura como do conteúdo narrativo, com as variáveis averiguadas através da entrevista de hábitos de interacção narrativa. Relativamente à dimensão do processo, encontra-se positivamente correlacionada com a frequência dos relatos diários entre pais e crianças ($r_{sp}=.442$, $p<.05$) e com a frequência de respostas que as crianças dão às perguntas propostas pelos pais nas conversas diárias ($r_{sp}=.507$, $p<.01$).

Tabela 10. Correlações de Spearman entre os totais de Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos e Variáveis da Entrevista de Hábitos de Interação Narrativa no momento pré medicação.

	Estrutura	Processo	Conteúdo	Freq. relatos diários	Pergunta resposta diárias	Inic. Criança relatos diários	Inic. pais relatos diários	Inic. pais inventar histórias	Inic. pais ler histórias	Inic. criança contar histórias	Facilidade criança contar histórias	Qualidade histórias crianças
Estrutura	1											
Processo	,526**	1										
Conteúdo	,488**	,198	1									
Freq. relatos diários	,250	,442*	-,046	1								
Pergunta resposta diárias	,349	,507**	,086	,281	1							
Inic. criança relatos diários	,208	,250	-,019	,195	,456*	1						
Inic. pais relatos diários	-,090	,160	-,265	,398*	,508**	,495**	1					
Inic. pais inventar histórias	-,128	,325	-,244	,526**	,357	,216	,469*	1				
Inic. pais ler histórias	-,117	-,042	-,267	,531**	,054	,006	,509**	,620**	1			
Inic. criança contar histórias	,141	,001	,101	,172	,100	,494**	,409*	,245	,168	1		
Facilidade criança contar histórias	,319	,146	,329	,074	,293	,509**	,312	,177	,260	,732**	1	
Qualidade histórias crianças	,117	,018	,227	-,034	,317	,378	,371	,187	,243	,598**	,846**	1

** Correlação significativa ao nível $p < .01$; *Correlação significativa ao nível $p < .05$.

Focalizando-nos na fase em que as crianças estão a tomar a medicação (tabela 11), constatamos não haver correlações estatisticamente significativas das dimensões narrativas com as variáveis averiguadas através da entrevista de hábitos de interacção narrativa.

Fazendo associações entre os momentos pré e pós medicação e as dimensões da narrativa (tabela 12), encontramos diversas correlações significativas. Verificamos que a frequência de respostas que as crianças dão às perguntas propostas pelos pais nas conversas diárias após a toma da medicação, encontra-se positivamente correlacionada com as dimensões da estrutura ($r_{sp}=.438$, $p<.05$) e do processo ($r_{sp}=.427$, $p<.05$) das narrativas das crianças elaboradas antes da toma da medicação. Verificamos ainda, uma correlação positiva ($r_{sp}=.411$, $p<.05$) entre a tomada de iniciativa por parte das crianças nos relatos diários quando estão medicadas e a estrutura narrativa das histórias que elaboram antes da toma da medicação. A facilidade que as crianças, antes de serem medicadas, têm em contar histórias ($r_{sp}=.529$, $p<.01$) está positivamente correlacionada com a estrutura narrativa das histórias que contam após a toma medicação. Verifica-se também uma correlação positiva entre a qualidade das histórias contadas pelas crianças antes de medicadas e as dimensões da estrutura ($r_{sp}=.474$, $p<.05$) e do conteúdo ($r_{sp}=.424$, $p<.05$) das narrativas das crianças com medicação. Após a toma da medicação, a iniciativa dos pais em inventar histórias ($r_{sp}=-.391$, $p<.05$) e em ler histórias ($r_{sp}=-.379$, $p<.05$) encontram-se negativamente correlacionadas com o conteúdo narrativo das narrativas das crianças antes da toma medicação.

Focalizando-nos apenas nos hábitos de interacção narrativa, nos momentos pré e pós medicação encontramos também na tabela 12, diversas correlações significativas. Relativamente a frequência de respostas que as crianças dão às perguntas propostas pelos pais nas conversas diárias após a toma da medicação, encontra-se positivamente correlacionada com a mesma variável antes da medicação ($r_{sp}=.725$, $p<.01$) e com a iniciativa que as crianças antes da medicação têm nos relatos diários ($r_{sp}=.525$, $p<.01$). Por sua vez, a iniciativa das crianças nos relatos diários pré medicação, encontra-se positivamente correlacionada com a mesma variável no momento pós medicação ($r_{sp}=.511$, $p<.01$), com a iniciativa das crianças, depois de

medicadas, em contar histórias ($r_{sp}=.456$, $p<.05$) e com a facilidade que as mesmas apresentam em contar histórias ($r_{sp}=.420$, $p<.05$). Estas variáveis também apresentam correlações significativas: a iniciativa das crianças em contar histórias no momento pós medicação encontra-se negativamente correlacionada com a mesma variável no momento pré medicação ($r_{sp}=-.408$, $p<.05$), mas encontra-se positivamente correlacionada com a facilidade que as crianças antes da medicação têm em contar histórias ($r_{sp}=.493$, $p<.05$). Por sua vez, a facilidade que as crianças pré medicação apresentam em contar histórias, encontra-se positivamente correlacionada com a mesma variável depois da toma da medicação ($r_{sp}=.519$, $p<.01$) e com a qualidade das histórias que as crianças depois de medicadas contam ($r_{sp}=.525$, $p<.01$). No entanto, a qualidade das histórias que as crianças depois de medicadas contam, está também positivamente correlacionada com a mesma variável antes da medicação ($r_{sp}=.452$, $p<.05$). Por sua vez a qualidade das história que as crianças antes da medicação contam, correlaciona-se positivamente com a facilidade que as crianças depois de medicadas apresentam em contar histórias ($r_{sp}=.499$, $p<.01$) e com a iniciativa que estas apresentam nos relatos diários ($r_{sp}=.446$, $p<.05$).

Após a toma da medicação, a iniciativa dos pais em ler histórias encontra-se positivamente correlacionada com a mesma variável antes da medicação ($r_{sp}=.584$, $p<.01$) e com a iniciativa dos pais nos relatos diários antes das crianças tomarem medicação ($r_{sp}=.397$, $p<.05$). No entanto a iniciativa dos pais em ler histórias às crianças antes da medicação, encontra-se positivamente correlacionada com a iniciativa que os pais têm em inventar histórias pós medicação ($r_{sp}=.452$, $p<.05$). Antes da medicação a iniciativa que os pais têm em inventar histórias, encontra-se positivamente correlacionada com a mesma variável no momento pós medicação ($r_{sp}=.418$, $p<.05$) e com a iniciativa dos pais nos relatos diários também após a toma de MFD ($r_{sp}=.433$, $p<.05$).

Tabela 11. Correlações de Spearman entre os totais de Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos e Variáveis da Entrevista de Hábitos de Interação Narrativa no momento pós medicação.

	Estrutura	Processo	Conteúdo	Freq. relatos diários	Pergunta resposta diárias	Inic. Criança relatos diários	Inic. pais relatos diários	Inic. pais inventar histórias	Inic. pais ler histórias	Inic. criança contar histórias	Facilidade e criança contar histórias	Qualidade e histórias crianças
Estrutura	1											
Processo	,371*	1										
Conteúdo	,680**	,275	1									
Freq. relatos diários	,096	,137	,092	1								
Pergunta resposta diárias	,152	-,051	,064	,077	1							
Inic. criança relatos diários	,046	-,076	-,064	,189	,378*	1						
Inic. pais relatos diários	,021	-,168	-,264	,108	,083	,041	1					
Inic. pais inventar histórias	,221	,024	-,150	,219	-,220	-,110	,479**	1				
Inic. pais ler histórias	,350	,231	,208	420*	-,028	-,272	,191	,639**	1			
Inic. criança contar histórias	,349	-,109	,230	,045	-,121	,119	,084	,201	-,018	1		
Facilidade criança contar histórias	,275	-,185	,211	,068	,013	,056	,126	,152	-,052	,830**	1	
Qualidade histórias crianças	,254	-,230	,264	-,057	,230	,236	,022	,049	-,084	,531**	,746**	1

** Correlação significativa ao nível p. <.01; Correlação significativa ao nível p. <.05.

Tabela 12. Correlações de Spearman entre os totais de Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos e Variáveis da Entrevista de Hábitos de Interação Narrativa no momentos pré medicação e pós medicação.

Pré Medicação Pós Medicação	Estrutura	Processo	Conteúdo	Freq. relatos diários	Pergunta resposta diárias	Inic. Criança relatos diários	Inic. pais relatos diários	Inic. pais inventar histórias	Inic. pais ler histórias	Inic. criança contar histórias	Facilidade criança contar histórias	Qualidade histórias crianças
Estrutura	,382*	,286	,292	,243	,328	,195	,234	,310	,345	,170	,529**	,474*
Processo	,396*	,296	,338	,054	,006	-,241	-,277	-,058	,047	-,255	,099	,137
Conteúdo	,350	,070	,295	,082	,201	,012	-,023	-,062	,056	,074	,362	,0424*
Freq. relatos diários	,015	-,099	-,191	-,018	,083	,041	,004	,017	,173	-,133	-,033	,113
Pergunta resposta diárias	,438*	,427*	,141	,183	,725**	,525**	,386	,113	-,083	,072	,182	,141
Inic. criança relatos diários	,411*	,092	,300	-,155	,281	,511**	,080	-,091	-,212	-,330	,368	,446*
Inic. pais relatos diários	-,068	,295	-,236	,126	,280	,004	,302	,433*	,075	,178	,009	-,002
Inic. pais inventar histórias	-,062	,015	-,391*	,220	,089	-,100	,270	,418*	,452*	,142	,002	,001
Inic. pais ler histórias	-,056	-,105	-,379*	,286	,203	-,101	,397*	,272	,584**	,058	,062	,166
Inic. criança contar histórias	,081	-,156	,131	-,228	-,077	,456*	,055	-,110	-,047	-,408*	,493*	,361
Facilidade criança contar histórias	-,029	-,133	,078	-,244	,023	,420*	,195	-,014	,058	,369	,519**	,499**
Qualidade histórias crianças	,219	-,124	,229	-,166	,110	,387	,183	,043	,205	,367	,525**	,452*

** Correlação significativa ao nível $p < .01$; * Correlação significativa ao nível $p < .05$.

Dado que as duas primeiras questões da entrevista de hábitos de interacção narrativa entre pais e filhos têm como objectivo descrever o parecer dos pais relativamente ao tipo de interacção verbal que estabelecem com os filhos, detemo-nos numa análise de carácter diferente da anterior. A primeira questão averigua se os pais acham que o DHDA altera a forma como comunicam com os seus filhos e de que forma. A segunda remete para a existência na relação pais filhos de conversas espontâneas e de quem toma a iniciativa das mesmas.

Para a primeira questão foram identificadas duas categorias de resposta “sim” e “não”; para a segunda questão foram criadas as seguintes categorias “existência de conversas espontâneas” e “iniciativa dos pais vs iniciativa da criança nas conversas espontâneas”.

No final foi calculada a percentagem de respostas existentes para cada categoria. Estes resultados estão resumidos na tabela 13.

Tabela 13: Percentagens referentes às respostas dadas pelos pais nas duas questões iniciais da entrevista de hábitos de interacção narrativa antes e depois da toma de MFD.

		Não Medicadas	Medicadas
Interacção Geral	DHDA Altera a Comunicação	50%	63%
Actividade Espontânea Adulto – Criança	Existência de Conversas Espontâneas	87%	90%
	Iniciativa dos Pais vs Inic. da Criança	53% vs 10%	40% vs 27%

No que se refere à primeira questão, apenas 50% dos pais das crianças antes de serem medicadas acham que o DHDA provoca alterações na comunicação que estabelecem com os filhos, aumentando para 63% depois de medicados. Relativamente às respostas que dão à segunda parte da questão “de que forma altera a comunicação”, analisando de uma forma qualitativa, a maioria dos pais quer antes quer depois da toma da medicação, refere que falam mais alto, mais objectivamente e que têm que repetir mais vezes o que dizem.

A segunda questão remete para a actividade espontânea, tendo verificado que 87% dos pais das crianças antes da toma da medicação referem que conversam espontaneamente com os filhos, aumentando para 90% com a toma da medicação. Relativamente a quem toma a iniciativa nessa actividade espontânea, verificamos que na fase pré medicação, são claramente os pais (53%) a tomar a iniciativa das conversas espontâneas com as crianças (10%). No

momento pós medicação, há um aumento das iniciativas por parte das crianças (27%), contudo continuam a ser os pais que mais iniciativas tomam (40%).

Analisando qualitativamente as respostas que os pais das crianças, antes e depois da medicação, verificamos que a grande parte dos pais consideram ter conversas espontâneas com os filhos, quando estão a dizer-lhes para estarem parados, para tomarem atenção, quando estão a repreendê-los e a apontarem os erros que cometem.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretendemos ao longo desta investigação tentar perceber se se verificam diferenças significativas na qualidade narrativa das crianças com DHDA quando medicadas com metilfenidato, para isso analisamos a qualidade da produção narrativa das crianças com DHDA antes e cerca de 3 meses após a toma da medicação, tendo colocado como hipótese encontrar uma evolução da narrativa nomeadamente ao nível da coerência estrutural, na produção das crianças após a medicação. Relembramos que recolhemos 60 narrativas junto de 30 crianças com DHDA em dois momentos distintos, antes e após a toma da medicação. Recolhemos também dados sócio-demográficos, do desenvolvimento cognitivo, e da caracterização da interacção narrativa entre as crianças e os pais.

Passaremos então a discutir os resultados obtidos, organizando-os em quatro momentos distintos:

4.1. Notas globais das três dimensões e sub-dimensões narrativas nas crianças com DHDA antes e após a toma da medicação.

4.2. Notas globais das três dimensões narrativas obtidas antes e após a medicação e as variáveis sexo e Nível Socio-Cultural (NSC).

4.3. Notas globais das três dimensões narrativas obtidas antes e após a medicação e as variáveis idade, escolaridade e QI's.

4.4. Notas globais das três dimensões narrativas obtidas antes e após a medicação e as variáveis que se referem aos hábitos de interacção narrativa entre os pais e as crianças.

4.1. Notas globais das três dimensões e sub-dimensões narrativas nas crianças com DHDA antes e após a toma da medicação.

Ao nível do funcionamento narrativo de um modo global, verificamos que com o metilfenidato apenas a dimensão do conteúdo aumenta significativamente em relação ao momento anterior à toma da medicação. Confirma-se então a nossa hipótese de estudo (a qualidade narrativa melhora com a toma de MFD) em relação à dimensão do conteúdo, e infirma-se em relação às dimensões da estrutura e do processo. Tanto antes como depois da toma da medicação, a dimensão mais elevada é a do conteúdo, seguida da estrutura, sendo o processo a dimensão de nível mais baixo, verificando-se apenas diferenças estatisticamente significativas entre a estrutura e o processo e entre o processo e o conteúdo. Assim, as narrativas das crianças com DHDA são moderadamente diversas em termos de conteúdo, pouco coerentes em termos da sua estrutura e muito pouco complexas no que respeita ao processo. Estes resultados são muito semelhantes, no que respeita ao perfil narrativo, aos encontrados no estudo de sujeitos diagnosticados com síndrome de Williams que usou a mesma metodologia (O. Gonçalves, Pérez, Henriques, Prieto, Lima, Iceberg & Sousa, 2004), resultados também semelhantes no que se refere ao nível moderado de diversidade de conteúdo principalmente quando comparado com o processo. Contudo no estudo da síndrome de Williams, verificamos existirem diferenças significativas entre estrutura e conteúdo, enquanto na nossa investigação a diferença entre estrutura e conteúdo não é significativa. Não podemos esquecer que se trata de dois estudos autónomos com amostras não emparelhadas.

Recorrendo aos resultados obtidos pelo estudo do desenvolvimento narrativo na infância (Freitas, 2005) que usa a mesma metodologia que o nosso estudo, percebemos que ao nível dos grupos etários 6-7 e 9-10 anos, a dimensão mais elevada é também a do conteúdo, seguida da estrutura e do processo. O facto das crianças até aos 10 anos obterem resultados mais elevados para a dimensão do conteúdo, a única onde revelam valores moderados ou acima do moderado, parece indicar que as crianças começam por enumerar e descrever o que vêem, e só mais tarde se debruçam sobre os aspectos motivacionais ou emocionais e metacognitivos dos acontecimentos (Peterson & McCabe, 1983; Umiker-Sebeok, 1979, cit. in Freitas, 2005). Segundo o que refere Mackeough “é entre os 6 e os 10 anos de idade que as crianças começam a expressar uma compreensão da acção humana que inclui sentimentos, pensamentos e objectivos imediatos.” (Mackeough cit in Freitas, 2005, p.76). A elaboração interna das vivências

vai-se desenvolvendo com o avançar da idade, aos 10 anos a criança ainda não dispõe da complexidade associada ao conhecimento que vai adquirindo de si própria e do mundo. “Neste sentido, o conhecimento da acção humana, implícito no acto de narrar, nomeadamente no que diz respeito às emoções e cognições, parece prender-se mais com o processo narrativo, isto é, a dimensão narrativa que confere complexidade ao conto e, por inerência ao *self* autor desse conto, do que com a estrutura da narrativa” (Freitas, 2005, p.77). Os dados obtidos neste estudo vão ao encontro dos dados obtidos no estudo com a população normal (Freitas, 2005) de que entre os 6-9 anos, ainda são pouco desenvolvidas a complexidade e coerência narrativa, devido ao conhecimento do mundo estar ainda em desenvolvimento. Percebemos que a dimensão do processo é a que menos sobressai nesta amostra que por contemplar crianças até aos 9 anos de idade crianças, ainda se detêm pouco sobre os estados mentais e motivações, idade a partir da qual essas referências aumentam consideravelmente (Mandler & Johnson, 1997; Peterson & MacCabe, 1983; Stein & Glenn, 1982 in Larrea, 1994, cit Freitas, 2005, p. 78) sendo de esperar que a complexidade narrativa ainda se manifeste em considerável desenvolvimento.

No nosso estudo verificamos que com a medicação, apenas a dimensão do conteúdo aumenta, o que pode ser explicado pela elevação do estado de alerta provocado pela toma do metilfenidato aquando da exposição a tarefas que exigem vigilância e capacidade de percepção e manutenção da atenção. Incumbidos de contar uma história e sob o efeito da medicação, por estarem mais atentas à tarefa, as crianças foram capazes de introduzir maior diversidade de personagens, cenários, acções e temas. De acordo com a literatura, as tarefas verbais estruturadas desenhadas para eliciar produções verbais têm uma componente relativa à atenção sustentada, pelo que um aumento nas expressões verbais nas tarefas que requerem verbalização, é uma função da atenção sustentada, promovida com uso dos psico-estimulantes (Barkley, 1997). Verifica-se que a tarefa de elicitação narrativa necessitando do factor da atenção sustentada à medida que a criança vai visionando todas as imagens do livro, revela melhores resultados ao nível da diversidade de conteúdo com o uso de MFD.

Relativamente às dimensões da estrutura e do processo, não se verificam diferenças significativas com a medicação. Tratando-se de uma amostra de crianças com idades inferiores a 10 anos e reportando-nos ao desenvolvimento na infância em que as dimensões da estrutura e processo estão francamente abaixo das potencialidades dos adolescentes (Rocha, 2005), a não existência de diferenças entre os momentos antes e após a medicação, pode ser melhor

explicada pelo facto da complexidade e da coerência narrativa ainda se encontrarem em fase de desenvolvimento. Analisando os resultados de Freitas (2005), a estrutura revela uma evolução significativamente positiva ao longo das idades (entre os 3 e os 10 anos) pelo que a idade torna-se numa variável importante a não descurar quando pretendemos entender o perfil narrativo destas crianças com a variável da medicação. Podemos com a medicação ter benefícios ao nível da memória de trabalho, o que consequentemente poderia trazer benefícios ao nível da organização temporal das acções e da capacidade de planeamento podendo reflectir-se numa coerência estrutural mais elaborada, todavia para isto é necessário tempo, interagir e integrar experiências. Para percebermos se medicação teria de facto um efeito ao nível da estrutura seria então pertinente voltar a recolher narrativas num momento posterior em que a criança estivesse a tomar medicação mais tempo, e também replicar este estudo na população adolescente, fase onde os valores da estrutura revelam uma maior maturação.

No que respeita à análise das sub-dimensões, os baixos resultados na estrutura narrativa remetem para a existência de narrativas pouco coerentes, sendo que ao nível das sub-dimensões tanto as crianças, quer antes, quer depois da toma da medicação, revelam valores abaixo do nível moderado. Com a toma da medicação há um ligeiro aumento em todos os parâmetros, todavia não se verificam diferenças estatisticamente significativas para afirmar que medicação faz aumentar qualquer sub-dimensão da estrutura narrativa.

Analisando apenas as narrativas das crianças antes de serem medicadas, embora não se verifiquem diferenças significativas, a sub-dimensão com pontuação mais elevada refere-se à sequência estrutural, seguida do comprometimento avaliativo, da integração, sendo a orientação a sub-dimensão com pontuação mais baixa. Após a medicação, a sub-dimensão com pontuação mais elevada continua a ser a sequência estrutural, seguida da integração, do comprometimento avaliativo, e à semelhança do que aconteceu antes da toma da medicação a orientação é a sub-dimensão com pontuação mais baixa.

Verificamos que a capacidade de sequenciar temporalmente os acontecimentos aparece em primeiro lugar tanto na fase em que crianças não estão medicadas como quando já estão a tomar MFD. Estes resultados coincidem com os obtidos por Freitas (2005), no grupo etário dos 6-7 anos e apontam no sentido da medicação não provocar de imediato um aumento significativo ao nível da capacidade de sequenciar temporalmente os acontecimentos.

Ao contrário do que acontece na população normal, a sub-dimensão orientação tanto nas narrativas das crianças antes de tomarem medicação, como nas das já medicadas, aparece em último lugar, colocamos como hipótese que as crianças hiperactivas tenham mais dificuldades em termos do fornecimento de mais informação orientadora do que as crianças normais. Todavia, verificámos que com a medicação esta capacidade não foi significativamente aumentada. O comprometimento avaliativo do narrador e a capacidade de integrar toda a informação, sofreram um ligeiro aumento com a medicação, que contudo não foi estatisticamente significativo.

A dimensão do processo bem como as sub-dimensões estão claramente abaixo do nível moderado, tanto no momento pré como no pós medicação, questionando-se a complexidade narrativa em crianças com DHDA. Com efeito, para esta dimensão, as narrativas situaram-se ao nível do “muito pouco” em termos da descrição da diversidade de emoções (subjectivação emocional), diversidade de cognições (subjectivação cognitiva) e diversidade de significados (metaforização). A sub-dimensão que se refere à diversidade de produção de elementos sensoriais (objectivação) é a única que se situa mais próxima do nível moderado, pelo que estas crianças revelam algumas capacidades no que se refere apresentação de elementos da experiência sensorial nas suas narrativas. Estes dados são coincidentes com os resultados obtidos no estudo da síndrome de Williams (O. Gonçalves, et al, 2004).

Com a toma da medicação, há um ligeiro aumento em todos os parâmetros excepto na subjectivação emocional, não se verificando contudo diferenças significativas para afirmar que medicação faz aumentar qualquer sub-dimensão da complexidade narrativa. Estatisticamente tanto nas narrativas das crianças depois de medicadas como fase anterior à medicação verificaram-se diferenças significativas ao nível dos seguintes pares: objectivação e subjectivação emocional, sequência estrutural e subjectivação cognitiva, subjectivação cognitiva e objectivação, subjectivação emocional e metaforização, metaforização e objectivação.

No que se refere às sub-dimensões do conteúdo e multiplicidade narrativa, pela primeira vez aparecem na nossa amostra, narrativas que obtêm classificações superiores ao valor médio da escala. Com a toma da medicação há um aumento nos parâmetros personagens, cenários e acções e uma manutenção dos temas, sendo que a sub-dimensão dos personagens é a única que depois da toma de medicação consegue atingir o valor moderado. Percebemos que estas

crianças parecem ser competentes no enriquecimento das suas narrativas em termos de variedade de personagens que as compõem. Esta característica coincide com o estudo da síndrome de Williams (O. Gonçalves, et al, 2004), justificada por um privilégio da componente social da produção narrativa. Relativamente às crianças com DHDA, e recorrendo à literatura, vários estudos referem que as crianças hiperactivas tendem a falar mais do que as crianças sem a perturbação (Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983), o que pode levar a uma desinibição em termos de socialização que hipoteticamente poderá facilitar nas suas histórias a abordagem de vários personagens.

Em relação aos outros componentes do conteúdo narrativo, os resultados são mais pobres evidenciando-se pouca diferenciação dos cenários principalmente ao nível das narrativas das crianças sem medicação, dos acontecimentos e dos temas. Com a toma da medicação verificamos diferenças estatisticamente significativas apenas na sub-dimensão dos cenários, aumentando a valores próximos do moderado, permitindo-nos afirmar que a medicação faz aumentar sub-dimensão dos cenários. Estes resultados impelem-nos a pensar que com a medicação, e devido a uma elevação do estado de alerta e vigilância em tarefas orientadas, as crianças foquem a sua atenção nos vários elementos que compõem as imagens e descrevam o que é mais evidente, sobressaindo na verbalização o que requer menos elaboração cognitiva, ou seja, as crianças detêm-se numa descrição mais pormenorizada dos cenários.

Analisando apenas as narrativas das crianças antes de serem medicadas, de uma forma descritiva verificamos que a sub-dimensão com pontuação mais elevada refere-se às personagens, seguida das acções, dos cenários, sendo os temas a sub-dimensão com pontuação mais baixa. Com a toma da medicação a distribuição mantém-se, sendo que as diferenças estatisticamente significativas localizam-se entre todos os pares das quatro sub-dimensões: personagens e cenários, personagens e acções, cenários e acções, cenários e temas, acções e temas, personagens e temas. Analisando a fase da toma da medicação verificámos que as diferenças estatisticamente significativas se situam nos mesmos pares que na fase anterior à medicação excepto para o par acções e cenários.

Estes resultados são coincidentes com os resultados obtidos na população normal, desde os 3 aos 10 anos a sub-dimensão mais elevada relativamente ao conteúdo é a dos personagens, seguida dos acontecimentos, dos cenários e finalmente dos temas, todavia verifica-se uma progressão em todas as sub-dimensões do conteúdo entre as crianças do grupo 3-4 anos e as dos 6 aos 10 anos (Freitas, 2005).

Ressalvamos que a metodologia de elicitação escolhida para a nossa investigação provavelmente terá contribuído para não se verificar uma diversidade de temas e acções maior, pois a sequência de imagens apresentadas impõe explicitamente uma série de temáticas e acções centrais.

4.2. Notas globais das três dimensões narrativas obtidas antes e após a medicação e as variáveis sexo e Nível Socio-Cultural (NSC).

No que diz respeito à caracterização das narrativas por sexo, relativamente às notas globais das três dimensões, no que se refere às narrativas das crianças antes da toma da medicação, para ambos os sexos a dimensão narrativa mais elevada é a do conteúdo, seguindo-se a dimensão da estrutura e finalmente a do processo, sequência que coincide com a do estudo de Freitas (2005) com crianças normais. Com a medicação, embora não se verifiquem diferenças com significância estatística, constatamos uma variação entre rapazes e raparigas no que se refere ao perfil narrativo. A dimensão mais elevada nas meninas é a estrutura, seguida do conteúdo e por último o processo, enquanto nos meninos, o perfil mantém-se semelhante ao perfil anterior à toma da medicação, sendo a dimensão mais elevada a do conteúdo, seguida da estrutura e do processo. Apenas no momento pós medicação, ambos os sexos revelam narrativas acima do nível moderado, o que acontece nas dimensões da estrutura e do conteúdo. As diferenças embora sem significância estatística, são mais notórias nas meninas ao nível da coerência narrativa e nos meninos ao nível da diversidade de conteúdo. O perfil narrativo encontrado nas crianças depois de medicadas vem de encontro ao descrito na literatura, que refere uma maior coerência nas narrativas das meninas, uma vez que são melhor classificadas na dimensão da estrutura, ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa.

O facto de não termos uma amostra com uma distribuição homogénea em termos de sexos, tendo o sexo masculino muito mais elementos, pode ter influenciado estes resultados não nos permitindo tirar conclusões mais eloquentes relativamente às diferenças entre as narrativas de meninos e meninas com DHDA.

No que se refere às correlações entre NSC e dimensões narrativas, constatamos não haverem diferenças estatisticamente significativas, contudo encontramos diferentes perfis narrativos antes e depois da toma da medicação. Antes da toma da medicação, o conteúdo é a

dimensão mais elevada das narrativas das crianças de todos os NSC, seguida da estrutura e finalmente do processo, perfil que coincide com os dados de Freitas (2005) da população normal. Depois de medicadas, apenas as crianças dos NSC Médio e Baixo contam narrativas em que o conteúdo se mantém a dimensão mais elevada, dado que nas narrativas das crianças de NSC Alto, a dimensão da estrutura é a que tem maior média, seguida do conteúdo e por fim do processo. Embora sejam diferenças sem relevância estatística, é precisamente nas crianças medicadas de NSC Alto, que nos damos conta de um aumento em todas as dimensões relativamente às crianças sem medicação, havendo pela primeira vez narrativas com elevado grau de coerência e diversidade de conteúdo. O facto de não se verificarem diferenças significativas entre os vários NSC remete-nos para os dados encontrados por Freitas (2005) em crianças normais, reforçando o que vem descrito na literatura, citando Freitas “de uma construção narrativa provida desde cedo pelas relações precoces, sendo mais dependente das relações com os adultos e da qualidade dessas relações, do que propriamente das variáveis sócio-culturais” (Freitas, 2005, p.81).

Retrocedendo a 1994, Peterson e McCabe realçaram interacção das crianças com os adultos relativamente ao desenvolvimento e à organização das suas histórias e ao tipo de informação que devem conter, nomeadamente no que se refere à orientação temporal e espacial. O desenvolvimento narrativo, acontece no seio das relações que se estabelecem precocemente com a envolvência familiar, sendo mais dependentes do tipo de interacções que a criança estabelece com os adultos de referência do que propriamente das variáveis sócio-culturais. Afim de esclarecermos esta matéria, foi objecto de análise, dados de interacção narrativa entre crianças e pais.

4.3. Notas globais das três dimensões narrativas obtidas antes e após a medicação e as variáveis idade, escolaridade e QI's.

Relativamente à idade dos sujeitos, esta encontra-se positivamente correlacionada com a nota global do conteúdo nas crianças antes da medicação o que vai de encontro ao que referimos anteriormente, quanto mais idade têm as crianças, mais diversidade de conteúdo têm as suas narrativas. Esta ideia é confirmada quando comparamos com os resultados obtidos por Freitas (2005) em que a dimensão do conteúdo evolui entre os 3-4 anos e os 6-7 anos embora sem significância estatística.

No que se refere às variáveis referentes à escolaridade e ao funcionamento intelectual, parecem não ter desempenhado um papel de destaque na competência narrativa da amostra, não se correlacionando significativamente com nenhuma das dimensões do perfil narrativo.

4.4. Notas globais das três dimensões narrativas obtidas antes e após a medicação e as variáveis que se referem aos hábitos de interacção narrativa entre os pais e as crianças.

A fim de percebermos as implicações dos hábitos de interacção narrativa entre as crianças e os pais na construção narrativa das crianças com DHDA, analisámos os resultados obtidos na entrevista sobre a interacção narrativa aplicada aos pais antes e após a medicação correlacionando-os com as três dimensões globais da matriz das narrativas das crianças sem e com medicação.

Relativamente à fase anterior à toma da medicação apenas a dimensão do processo revela correlação positiva com duas variáveis: a frequência dos relatos diários entre pais e crianças e a frequência das respostas que as crianças dão às perguntas propostas pelos pais nas conversas diárias. Estas correlações mostram-nos que quanto maior for a frequência dos relatos diários das crianças com os pais, e das respostas que as crianças dão às perguntas propostas pelos pais, maior é a dimensão do processo narrativo. Verificamos, no entanto, que focalizando-nos na fase da toma da medicação, estas correlações já não se verificam, sendo que nenhuma dimensão das narrativas das crianças depois de medicadas se encontra correlacionada com as variáveis que se referem aos hábitos de interacção narrativa entre os pais e as crianças com medicação.

Partindo do pressuposto que interacção narrativa precoce no seio familiar é um factor importante para a qualidade narrativa que a criança vai desenvolvendo, analisámos as associações existentes entre as variáveis referentes à interacção narrativa da criança com os pais nos momentos pré e pós medicação. Perguntamo-nos se a variável medicação, dado que interfere no comportamento da criança, também não poderá ter influência na interacção narrativa entre os pais e as crianças. Assim, comparámos os momentos pré e após medicação relativos à possibilidade de associações entre as variáveis que se referem aos hábitos de interacção narrativa das crianças antes e depois da medicação e entre as diversas dimensões das narrativas das crianças sem e com medicação e verificámos a existência de correlações.

No que se refere aos hábitos de interação narrativa verificamos que quanto maior for a frequência das iniciativas das crianças nos relatos diários antes da medicação maior é no momento pós medicação, a frequência de respostas que dão às perguntas propostas pelos pais nas conversas diárias, a iniciativa em contar histórias e a facilidade com que as contam. No momento pré medicação verificamos que quanto mais facilidade tiverem as crianças em contar histórias, mais iniciativas terão em contar histórias quando medicadas, contando-as com melhor qualidade. Quanto maior for qualidade das histórias que as crianças contam antes da medicação, mais facilidade têm em contar histórias pós medicação, tendo também mais iniciativas nos relatos diários. Relativamente aos pais, quanto maior for a sua iniciativa nos relatos diários, mais iniciativas terão após a medicação em ler histórias. Quanto mais iniciativas os pais tiverem em ler histórias antes da medicação mais iniciativas têm em inventar histórias após a medicação. Quanto maior for a iniciativa dos pais em inventar histórias antes da toma da medicação, maior é a iniciativa dos pais nos relatos diários após a medicação.

Relativamente às associações entre as variáveis que se referem aos hábitos de interação e entre as três dimensões das narrativas, a frequência de respostas dadas pelas crianças às perguntas propostas pelos pais nas conversas diárias, está positivamente correlacionada com, a dimensão da estrutura e a dimensão do processo relativas às narrativas das crianças antes da toma da medicação. Verificamos ainda que a iniciativa das crianças nos relatos diários após a medicação, está também positivamente correlacionada com a dimensão da estrutura das narrativas contadas pelas crianças antes da toma da medicação. Analisando estas correlações, podemos então pensar que, quanto maior a coerência estrutural e complexidade de processo das narrativas das crianças com DHDA antes da toma da medicação, maior será nas conversas diárias, a frequência de respostas dadas pelas crianças depois de medicadas, às perguntas propostas pelos pais. Verificamos ainda, que tendo as narrativas das crianças sem medicação maior coerência estrutural, maior será o número de iniciativas por parte daquelas nos relatos diários quando medicadas. Com a medicação, para além das crianças ficarem mais atentas, os pais tendo em conta os efeitos do MFD tendem a interagir mais. Assim, poder-se-á supor que as crianças que já antes da medicação revelavam narrativas com melhor coerência estrutural e complexidade, com a toma da medicação, os pais ficam mais receptivos, colocam mais questões, às quais as crianças respondem mais frequentemente, criando-se mais oportunidades de treino conversacional. Talvez as díades, ou tríades, se tornem mais capazes de manter uma

conversação, podendo desenvolver uma interação verbal de melhor qualidade narrativa, que potencie o desenvolvimento de uma narratividade de melhor qualidade por parte das crianças. Estas, começam a ser mais capazes de estabelecer processos de conexão dos diferentes aspectos da narrativa, a integrar a diversidade dos elementos da experiência, conferindo-lhes um sentido de coerência e simultaneamente assumindo a autoria face a essa mesma diversidade, potenciando mais iniciativas por parte das crianças em participar nos relatos diários, contando espontaneamente mais vezes aos pais acontecimentos do seu quotidiano. Assim, poderão criar mais oportunidade para desenvolver também a complexidade das suas narrativas, treinando o uso mais abrangente de recursos estilísticos que dão conta dos estados internos que vivenciam ao descrever os acontecimentos.

Verificamos que quanto melhor for a qualidade das histórias das crianças sem medicação (atribuída segundo o parecer dos pais), maior a multiplicidade e coerência narrativa depois da toma da medicação. Seguindo a linha de pensamento anterior e tomando em consideração os dados obtidos e a literatura, que refere a importância da forma como as mães interagem verbalmente com as crianças durante as tarefas livres e de elicitación narrativa (Minami, 2001), podemos reflectir que, se as crianças com DHDA antes da medicação revelam, segundo os pais, facilidade em contar histórias (a partir de livros ou inventadas) e contam histórias de boa qualidade, então, é passível que sejam factores importantes no desenvolvimento de interações de melhor qualidade narrativa com os pais. Talvez, com a toma da medicação, as crianças estejam mais atentas em tarefas de elicitación narrativa, contando histórias com mais pormenores. Os pais, tomando em consideração os efeitos do MFD estão também mais receptivos a ouvir as histórias que os filhos contam, criando-se mais oportunidades de interação narrativa, pelo que as crianças vão treinando esta competência no tempo que medeia as aplicações da tarefa de elicitación. Assim, quando são reavaliadas as narrativas, verifica-se uma melhoria significativa da sua qualidade narrativa embora só ao nível do conteúdo, revelando uma crescente multiplicidade de acontecimentos, cenários, personagens e temas, deixando transparecer por parte das crianças uma maior flexibilidade dos seus processos de significação e uma visão multifacetada e mais aberta às experiências quotidianas. A par com a melhoria da multiplicidade narrativa, verifica-se uma correlação negativa entre, a iniciativa dos pais em inventar e em ler histórias após a toma de MFD e a dimensão do conteúdo nas narrativas das crianças ainda não medicadas.

Sendo o conteúdo a dimensão que revela maior desenvolvimento com a toma da medicação, explicado possivelmente por um maior estado de alerta potenciado pelo MFD nas tarefas que necessitam de manutenção da atenção, pensamos que os pais ao perceberem uma maior eficiência dos filhos em termos de multiplicidade narrativa, dão mais vezes a palavra aos filhos, esperando que estes tomem a tarefa de contar histórias para si próprios, diminuindo a este propósito as suas iniciativas.

Relativamente às questões iniciais da entrevista de interacção narrativa, verificámos com a toma da medicação, um ligeiro aumento na percepção dos pais de que o DHDA provoca alterações na comunicação com os filhos. Não podemos esquecer que facto dos pais preencherem esta entrevista pode tê-los sensibilizado para a necessidade de conversarem mais com os seus filhos, o que pode originar mais oportunidades de diálogo, podendo ter influenciando os resultados obtidos na segunda aplicação da tarefa de elicitação das narrativas, nomeadamente levando-os a estar mais focalizados nessas alterações.

Relativamente à actividade espontânea, com a toma da medicação, verifica-se um aumento muito ténue relativamente à frequência de conversas espontâneas diárias entre os pais e as crianças. Aumentaram também, as iniciativas por parte das crianças nessa actividade espontânea. Da análise efectuada das entrevistas, verificámos que a frequência de conversas espontâneas teve um aumento muito ténue, talvez porque, se os pais consideram como conversação espontânea com os filhos repreendê-los pelo seu o comportamento hiperactivo e desatento, e se com a medicação este comportamento diminui, então diminuem também os momentos de repreensão, ou na perspectiva dos pais, de conversação. Assim, o ligeiro aumento na actividade espontânea que se aponta, poderá dever-se às iniciativas tomadas pelas crianças, à diminuição das repreensões por parte dos pais e ao facto destes ao preencherem esta entrevista ficarem mais sensibilizados para a importância de conversar com os seus filhos, fazendo-o mais vezes no tempo que mediou as aplicações. O aumento que se verifica das iniciativas por parte das crianças com a medicação nas conversas espontâneas, parece ir contra o estudo que é referido na literatura no qual “o MFD reduziu a produção verbal das crianças hiperactivas em tarefas livres e orientadas” (Barkley, Cunningham & Karlsson, 1983). Contudo temos que realçar que estamos a lidar com aspectos diferentes, as crianças podem ter mais iniciativas em iniciar conversas com o adulto, o que não quer dizer que o tempo que falam seja maior.

Dia a dia desfolhamos tantas folhas soltas que contam histórias... rompemos o silêncio agudo do tempo com as marcas do que vivemos, sentimos e somos, pois que arte de narrar se impõe à efemeridade da vida e a transforma nos sabores amargos e doces que tecem a existência. Malha a malha, fio a fio, nasce a teia que compõe as histórias que tocamos com o nosso olhar. Desfolhamos cada compasso e descobrimos os segredos que compõem estas melodias. Falam de nós... de como falamos...de como sentimos...do que somos... Finalmente a descoberta.

Esta investigação pretendia dar-nos a conhecer o contar de histórias de crianças com DHDA, debruçando-nos numa análise detalhada das várias dimensões das suas narrativas, elucidando acerca das estratégias privilegiadas por estas crianças na construção das mesmas e se se alteram com a toma de medicação psicoestimulante. Assim, no âmbito da abordagem cognitiva narrativa, pretendíamos verificar se a toma de MFD produzia uma melhoria na qualidade narrativa ao nível da coerência estrutural, complexidade de processo e diversidade de conteúdo.

Considerando a ideia generalizada de uma hipernarratividade associada ao DHDA, os resultados obtidos afastam a hipótese de excelência de produção narrativa. Colocadas perante um livro de imagens, no papel de narrador, as crianças contaram-nos histórias onde os personagens são o principal alvo da sua atenção, revelando um nível moderado de diversidade de conteúdos narrativos, pouca coerência estrutural, sendo francamente pobres em termos de complexidade do processo narrativo. Sob o efeito da medicação, a focalização nos cenários que compunham a sequência de imagens aumentou significativamente e emergiram narrativas de diversidade de conteúdo significativamente superior à fase anterior, ainda que moderada em coerência, e mantendo-se pobres em complexidade narrativa. Interessante percebermos que embora se trate de uma população clínica, mantém-se a hierarquia encontrada no estudo com crianças normais (Freitas, 2005) da mesma idade, onde a dimensão mais elevada é também a do conteúdo, seguindo-se a dimensão da estrutura e finalmente a do processo.

Relativamente às sub-dimensões da matriz narrativa, verificámos que o único elemento que apresenta níveis moderados é a diversidade das personagens na fase pós medicação. Contudo, não se traduz num aumento significativo com a toma de MFD, dado que mesmo antes da

medicação já se assumia como um componente onde as crianças revelavam alguma competência. Devemos ter em consideração por um lado, que o MFD provoca uma elevação do estado de alerta aquando da exposição a tarefas que exigem vigilância e manutenção da atenção, e por outro, que as crianças, pela sua idade, focalizam a sua atenção nos conteúdos que mais sobressaem na sequência de imagens apresentadas. Com efeito, é compreensível, que as suas histórias se detenham particularmente nos conteúdos que requerem uma menor elaboração cognitiva, recorrendo maioritariamente a uma descrição mais pormenorizada dos cenários e personagens. A toma da medicação teve ressonância ao nível da diversidade de conteúdo, mas não interferiu com a inteligibilidade e coerência da narrativa, na medida em que não obtivemos melhorias significativas ao nível da estrutura narrativa. Perguntamo-nos se, tendo-se já registado alterações ao nível do conteúdo, será que com mais tempo decorrido com a toma da medicação, iria também haver ganhos significativos nas outras dimensões da matriz narrativa? Ou seja, será que decorrido mais tempo de atenção sobre as vivências e mais disponibilidade de dedicação à sua construção, poderíamos vir a observar uma melhoria do processo narrativo e de coerência estrutural? Dado que estas duas dimensões do ponto de vista desenvolvimental precisam de mais tempo para se desenvolver (Alves, 2005; Rocha, 2005), também num processo de recuperação relativamente à competência de construção narrativa, poderá ser necessário mais tempo para se ver emergir melhorias significativas a estes níveis.

Tratando-se de uma amostra de crianças com DHDA, em que os défices se evidenciam segundo Barkley (1990), mais na linguagem expressiva, que na linguagem receptiva, quando as tarefas exigem o planeamento e a organização de um discurso interno, caso da elaboração narrativa que implica a recorrência aos processos executivos, tais como a memória e a atenção, é compreensível que surjam dificuldades. Sendo a narrativa percebida como um processo de associação de primeira ordem e de controlo executivo, que assegura a coordenação entre uma grande diversidade de processos psicológicos e sistemas cognitivos que a transpõe para além da linguagem (O. Gonçalves, Henriques, Moreira, Alves & Mendes, 2005) é passível de entendermos os resultados obtidos na matriz narrativa. Antes de ser dada a medicação, estando presente um disfuncionamento ao nível dos processos executivos, encontramos défices não só na elaboração narrativa como em outras áreas do funcionamento. Como sustenta Kamirloff-Smith (1998), outra coisa não seria de esperar de um cérebro que se desenvolve de modo diferente desde o início e que vai assim afectar toda a coordenação do funcionamento neuropsicológico (cit in O. Gonçalves, et al, 2004, p.637). Considerando as consequências que

este disfuncionamento acarreta ao nível do desenvolvimento do indivíduo, estes dados permitem-nos pensar que afectam igualmente de modo adverso a capacidade de construir significados para as suas vivências.

Embora estejamos perante uma amostra com uma expressiva maioria de meninos (o que se traduz numa limitação), em que a qualidade narrativa das histórias contadas pelas meninas não é significativamente diferente da das histórias contadas pelos meninos, encontramos com toma da medicação, uma tendência para um aumento ao nível da coerência estrutural nas histórias das meninas e ao nível da diversidade de conteúdo nas histórias dos meninos.

Compreendemos que o nível sócio-cultural dos pais não se traduz directamente em diferenças significativas entre as dimensões narrativas, constatando que para quase todos os NSC a dimensão do conteúdo é mais elevada. Apenas nas crianças depois de medicadas do NSC Alto a estrutura passa a ser a dimensão mais elevada. Sendo que as diferenças verificadas ao nível das dimensões da matriz narrativa não encontram fundamentação no NSC dos pais, achámos pertinente averiguar uma dimensão mais específica, a influência da interacção narrativa entre os pais e as crianças.

Entendemos a narrativa enquanto uma forma privilegiada de relação com os outros e o mundo, e se a primeira relação privilegiada que se estabelece acontece no enleio familiar, tendo um papel crucial no desenvolvimento da criança, também a construção narrativa encontra no seio das relações que a criança estabelece com os pais uma influência determinante na qualidade do seu desenvolvimento, pelo que tomámos em consideração o acontecer da interacção narrativa.

Se nos cingirmos à fase anterior à toma da medicação, percebemos que havendo maior frequência dos relatos diários entre as crianças e os pais e maior frequência de respostas dadas pelas crianças às perguntas propostas pelos pais, há um maior desenvolvimento da dimensão do processo narrativo. Estes achados evidenciam a importância da interacção no desenvolvimento da complexidade narrativa, e reiteram a importância da narrativa enquanto instrumento fundamental de relação, de partilha de experiências, sentidos, significados, permitindo o acontecer da co-construção.

Com a toma da medicação, não se verificam correlações entre as dimensões das narrativas das crianças depois de medicadas com as variáveis que se referem à interacção narrativa entre elas e os pais avaliadas após medicação. Questionamo-nos acerca da possibilidade de interferência do MFD na interacção narrativa. Será que com a toma da medicação, houve uma

mudança nos hábitos de interação narrativa entre os pais e as crianças? Será que há associação entre algumas das variáveis de interação narrativa sem e com medicação?

Comparando os momentos pré e pós medicação, no que se refere aos hábitos de interação narrativa, verificamos que a frequência de respostas que as crianças dão às perguntas propostas pelos pais nas conversas diárias após a toma da medicação, está associada não só à frequência com que as crianças respondem às perguntas dos pais antes da medicação como também à sua iniciativa nos relatos diários. Por sua vez, quanto maior for esta iniciativa que as crianças demonstram nos relatos diários antes da medicação, mais iniciativas têm nos relatos diários e em contar histórias pós medicação, maior facilidade apresentam, contando-as também com maior qualidade.

Relativamente aos pais, quanto maior for a sua iniciativa nos relatos diários, antes da medicação, mais iniciativas terão em ler histórias no momento pós medicação. Quanto maior for a sua iniciativa em ler histórias antes da medicação, mais iniciativas terão em ler e inventar histórias no momento pós medicação. Quanto maior for a iniciativa dos pais em inventar histórias antes da medicação, mais iniciativa terão pós medicação não só para inventar histórias como também nos relatos diários. Verificamos assim, que as iniciativas quer por parte das crianças, quer por parte dos pais nas conversas diárias, fomentam não só as iniciativas ao diálogo, como em contar de histórias, criando-se mais oportunidades de treino conversacional e possibilidades de melhorar a qualidade narrativa.

Verificamos a existência de correlações entre as dimensões das narrativas das crianças sem e com medicação e as variáveis que se referem aos hábitos de interação narrativa das crianças antes e depois de medicadas quando comparamos os dois momentos. É corroborada a noção de que a complexidade narrativa está associada a uma maior frequência de respostas dadas pelas crianças às perguntas propostas pelos pais nas conversas diárias. Para além da complexidade narrativa, a coerência estrutural poderá estar associada a uma maior frequência de respostas por parte das crianças às perguntas dos pais, como também, à frequência de iniciativas por parte das crianças nos relatos diários quando estão medicadas. Apontamos como hipótese de interpretação possível, que para haver correlação entre a coerência estrutural com, por um lado, a frequência de respostas por parte das crianças nos relatos diários e por outro, com a tomada de iniciativa destas para interagir depois de medicadas, foi necessário decorrer mais tempo. Ou seja, pensando na ausência de correlações quando nos focalizamos na fase pós medicação e na existência de correlações quando comparamos os momentos pré e pós

medicação, colocamos como hipótese que certos hábitos de interacção narrativa que se desenvolveram dado haver mais oportunidades de treino conversacional no tempo que mediou as aplicações, tenham favorecido o efeito da medicação potenciando também a qualidade narrativa. Com a toma do MFD, as crianças vão ficar mais atentas e mais disponíveis, e os pais sabendo dos efeitos do MFD estão mais receptivos à interacção com os filhos, colocam mais questões e obtêm também mais respostas por parte dos seus filhos, criando-se mais oportunidades de interacção narrativa, e por sua vez, mais oportunidades de desenvolvimento da qualidade narrativa.

Relativamente à dimensão do conteúdo, sendo que a toma do MFD provoca uma elevação do estado de alerta nas tarefas que necessitam de manutenção da atenção, revela um maior desenvolvimento, quando comparada com as dimensões da estrutura e do processo, que parecem exigir mais tempo, para que os efeitos da interacção narrativa entre os pais e as crianças possam ser demonstrados na qualidade narrativa. Os pais ao perceberem uma maior eficiência dos filhos em termos de diversidade narrativa, diminuem as suas iniciativas em ler e inventar histórias e dão mais vezes a palavra aos filhos. Percebemos que quanto melhor é a qualidade das histórias das crianças sem medicação, segundo o parecer dos pais, maior a diversidade de conteúdo narrativo depois da medicação. Sendo que esta dimensão aumenta significativamente com a toma do MFD, não estando significativamente correlacionada com a frequência de conversas diárias entre os pais e as crianças, como acontece com as dimensões da estrutura e do processo, colocamos a hipótese da diversidade de conteúdo narrativo estar mais directamente relacionada com factores inerentes à própria criança, como a manutenção da atenção e não tanto com a qualidade de interacção narrativa. Os resultados também parecem sugerir que o efeito da medicação em alguns aspectos da interacção narrativa é maior quando a narratividade das crianças antes da medicação já era mais elevada. As crianças com melhores competências narrativas à partida, terão beneficiado mais do efeito da medicação.

Em suma, relativamente à hipótese de investigação diríamos que foi parcialmente confirmada, verificando-se apenas uma melhoria significativa na dimensão do conteúdo narrativo. Com a toma da medicação, segundo a investigação na área revela, há um aumento do estado de alerta aquando da exposição a tarefas que exigem vigilância e manutenção da atenção, as crianças ficam mais atentas aos pormenores da narrativa focalizando a sua atenção nos conteúdos que requerem uma menor elaboração cognitiva, recorrendo maioritariamente a

uma descrição mais pormenorizada dos cenários e personagens. Com a introdução da medicação não encontramos diferenças significativas ao nível da coerência e complexidade narrativa relativamente à fase pré medicação. Fica em aberto saber se o tempo que medeia as tarefas de elicitación narrativa fosse maior, poderiam ter resultados mais elucidativos da interferência da medicação na interacção narrativa entre os pais e as crianças e por sua vez na complexidade narrativa e coerência estrutural.

Não podemos deixar de abordar algumas limitações importantes com que nos deparamos no decorrer da nossa investigação. Em relação à hipótese de investigação, esta apenas se cinge à amostra de crianças com DHDA sem e com medicação, não tendo sido comparada com uma amostra emparelhada de crianças normais, pelo que não permite concluir se a matriz narrativa das crianças com DHDA está ou não afectada.

A dificuldade em fazer um diagnóstico clínico seguro do DHDA e na obtenção de uma amostra de crianças homogénea, leva-nos a pensar numa limitação importante ao nível das conclusões que podemos tirar deste estudo. Optámos por recolher uma amostra cujo diagnóstico foi efectuado por médicos e psicólogos da consulta de Hiperactividade de um Hospital Pediátrico, que contam com larga experiência clínica neste tema, todavia a ausência de marcadores biológicos na determinação deste diagnóstico, deixa-nos sempre em aberto a impressão de alguma dúvida de um diagnóstico rigoroso.

Temos de ter em consideração a natureza da tarefa de indução narrativa utilizada, pois pode também constituir uma limitação ao estudo. Berman (2001) reflecte sobre o viés que a existência de um livro de imagens aberto diante do observador e da criança pode introduzir. Uma vez que a criança pode assumir que o conhecimento é partilhado por ambos, poderá não se deter em detalhes em torno da exploração do cenário, da descrição do protagonista e da exploração da sequência de acontecimentos o que terá implicações em todas as dimensões da matriz narrativa. Autores como Pellegrini e Galda (1990, cit in Freitas, 2005, p.87) acrescentam que as definições do adulto e da criança para a mesma tarefa são muitas vezes diferentes, explicando que quando um adulto dá a uma criança a instrução “conta uma história acerca desta figura” a criança muitas vezes interpreta as instruções do adulto como um pedido para descrever a imagem. Este é um facto que temos de tomar em consideração, dado que pode ter contribuído para um maior desenvolvimento da dimensão referente ao conteúdo, que apela à descrição dos cenários e personagens, prejudicando as dimensões com enfoque na exploração de significados, emoções e coerência narrativa.

O tempo que mediou a aplicação da tarefa de elicitación narrativa, parece-nos também poder ter constituído uma limitação ao nosso estudo. Embora a literatura aponte para que os efeitos do MFD poderem ser observados logo após a toma de um comprimido (Greenhill e cols, 2002, in Correia-Filho & Pastura, 2003), o que claramente não se verifica no que diz respeito à estrutura e a processo, para podermos concluir acerca do efeito da medicação no desenvolvimento da qualidade narrativa nesta dimensões seria interessante voltar a avaliar esta amostra num terceiro momento, deixando passar mais tempo entre as recolhas das narrativas nas fases pré e pós medicação.

Neste estudo seguimos a proposta de Óscar Gonçalves (2002) da análise da matriz narrativa e dos aspectos estruturais, de multiplicidade e diversidade narrativa por se ter revelado em vários estudos ser uma metodologia inovadora e útil para a compreensão da expressão verbal construção de significados. A construção do *self* sendo segundo Bruner (2004) uma arte narrativa, eleva-nos ao mundo da histórias que falam de nós. A análise da matriz narrativa em narrativas autobiográficas poderá ser também objecto de estudo de investigações futuras com a população de crianças, adolescentes e adultos com DHDA, podendo ser interessante alterar a tarefa de elicitación de narrativa no sentido de recolha da sua história de vida ou de experiências significativas da sua vida. Talvez avaliar a produção de narrativas espontâneas nestas crianças, pudesse dar pistas para uma intervenção nestas crianças capaz de promover a sua competência narrativa.

Com a toma da medicação podemos ter vários benefícios, todavia, afim de percebermos o seu efeito ao nível da matriz narrativa, seria interessante replicar este estudo na população adolescente, altura em que o desenvolvimento narrativo se encontra num processo de maturação que permite uma maior autonomia narrativa. Com a compreensão do desenvolvimento narrativo em crianças e adolescentes com DHDA, poderemos aceder como se criam e desenvolvem os processos de significação num panorama onde a patologia encerra alterações.

Sabemos que competência comunicativa abrange os processos de co-construção discursiva, pelo que para além da medicação é importante haver um complemento terapêutico que se baseie em estratégias comportamentais que visem o desenvolvimento da auto-regulação e a sensibilização dos pais para a necessidade de interagir com os filhos, valorizando as suas iniciativas para a conversa espontânea, promovendo as suas competências comunicativas, contribuindo assim para o desenvolvimento de um discurso interno mais eficaz e fundamental na

auto-regulação comportamental. Acrescentamos que a intervenção psicológica com enfoque para a competência da construção narrativa da criança com DHDA poderá contribuir para um aumento ao nível da coerência estrutural na construção de significados, ferramentas importantes para o desenvolvimento de competências narrativas e cognitivas, privilegiadas pelo meio sócio-escolar.

Desfolhamos cada folha solta em busca de um sentido, e é a imagem de um eu que emerge, a melodia suave que me faz dançar porque me reconheço em cada compasso. Cada som, ou palavra, entrelaçam-se numa trama serena de afinidades que eu componho diferentemente de ti. Como uma mãe que amamenta com o seu odor, toque e gotas do seu leite pleno de afecto, que canta e encanta o seu bebé com melodias suaves, que o embala e enternece com as histórias que só ela sabe contar... emerge o dom que a natureza proporciona. Saber escutar as melodias que o completam, é encontrar a trama que o define e, se o primeiro afecto de leite lhe deu a vontade e o fez crescer, também as histórias que conta para si próprio e para nós, souberam nutrir a sua existência, escutemo-las e saberemos o seu nome...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberto, I. M. M. (2003). Atenção, por favor (!) à avaliação da atenção! *Psychologica*, **34**: 231-243.
- Almeida; L. S., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia da educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Andersen, T. (1992). Reflections on reflecting with families. In S. McNamee & K.J. Gergen (eds.), *Therapy as social construction* (pp. 54-68). London: Sage.
- Angus, L. E., Hardtke, K., & Levitt, H. (1996). *A rating manual for the narrative processing coding system*. York University, Department of Psychology, North York, Ontario.
- Antunes, C. (no prelo). *A Narratividade em Jovens Vítimas de Maus tratos na Infância: Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- American Psychiatric Association (2000). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª. Edição – Texto Revisto. Climepsi (Eds.), Lisboa.
- Artigas-Pallarés, (2003). Comorbilidad en el transtorno por deficit de atención/hiperactividad, *Revista de Neurologia*, (supl 1) **36**: 68-78.
- Baddeley, A. (1989). *Working Memory*. U.K: Oxford University Press.
- Baddeley, A. (2000). The Episodic Buffer: a New Component Of Working Memory. *Trends in Cognitives Siences*, **4**: 417-423.
- Baerger, D.R. & McAdams, D.P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological wellbeig. *Narrative Inquiry*, **9**: 69-96.

- Barkley, R. A., Cunningham, C. E., & Karlsson, J. (1983). The speech on hyperactive children and their mothers: Comparisons with normal children and stimulant drug effects. *Journal of learning disabilities*, **16**: 105-110.
- Barkley, R. (1981). Hyperactivity. In E. Mash & L. Terdal (Eds.). *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. New York. Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, **121**: 65-94.
- Beitchman, J.; Cohen, N., Konstantareas, M. & Tannock R. (1996). *Language, Learning, and Behaviour Disorders. Developmental, biological and Clinical Perspectives*. Cambridge University press.
- Biederman, J. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. **150**: 1792-1798
- Biederman, J. & Faraone, S. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, **366**: 237-248.
- Biederman, J. and Faraone, S. (2004). Attention Deficit Hyperactivity disorder: A Worldwide Concern. *The Journal of Nervous Mental Disease*, **192**: 453-454
- Bird, H.R., Gould, M., Staghezza-jaramillo B. (1990). The comorbidity of ADHD in a community sample of Children aged 6 Though 16 years. *J. Child Fam. Studies*, **3**:365-378.

- Berman, R.A. (2001). Setting the narrative scene: how children begin to tell a story. In Nelson, K., Aksu-Koç, A. & Johnson, C. E. (Eds.), *Children Language* **10**: 1-30. *Lawrence Erlbaum Associates, Publishers London*.
- Brown, T. E. (2000). Emerging understanding of attention - deficit disorder and comorbidities. In Brown, T. attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, DC: *American Psychiatric Press*. p. 3-55.
- Bruner, J. (1986). The Narrative Creation of Self. In Lynne E. Angus & John MacLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. (pp. 3-14). Sage Publications.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado: Para uma psicologia cultural*. Lisboa. Edições 70.
- Bruner, J. (1994) *Realidad mental e mundos posibles, los actos de la imaginación dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- Capps, L. & Ochs, E. (1995). *Constructing Panic: The Discourse of Agoraphobia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cardoso, G. (2004). *Coerência, Complexidade e Multiplicidade narrativas no confronto com a seropositividade para o VIH*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Cohen, N.; Barwick, D.; Menna, N.; Horodezky, N.; Isaacson, L. (2000). The Interface between ADHD and Language impairment: an examination of language, achievement, and cognitive processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **41**: 353-362.
- Correia-Filho, A.G. & Pastura, G. (2003) As medicações estimulantes. In Rohde , L.A., Mattos, P. e colaboradores (Eds.), *Princípios e práticas em Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperactividade*. (pp. 161-173) Artmed Editora.
- Coulthard, M. (1997) *An introduction to discourse analysis*. London: Longman.

- Crossley, M. L. (2000). Narrative Psychology, Trauma and Study of Self/Identity. *Theory & Psychology*, **10**: 527-546.
- Faraone, S.V. (1998) Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **37**: 185-193.
- Ferreira-Alves, J. & Gonçalves, O. F. (1999). Manual de Avaliação da Coerência Narrativa. Braga: Universidade do Minho.
- Freitas, A., & Gonçalves, O. (2005). *O desenvolvimento narrativo na infância*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gergen, K.J. & Gergen, M.M. (1988). Narrative and self as relationship. In L.Berkowitz (Ed.), *Advance in experimental social psychology*. Vol.21 San Diego: Academic Press.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998) *Attention deficit-hyperactivity disorder*. New York: Wiley.
- Golfeto, J.H. & Barbosa. G.A. (2003). *Epidemiologia. Princípios e Práticas em TDAH - Transtorno do Défice de Atenção e Hiperactividade*. Artmed.
- Gonçalves, F. & Dias, M. (2003) Coerência Textual: um Estudo com Jovens Adultos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **16**: 29-40.
- Gonçalves, O.F. (1995). Terapia Cognitiva Narrativa na Adolescência: Tudo menos o silêncio!. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, **9**: 41-47
- Gonçalves, O.F. (1996). Cognição, Narrativa e Psicoterapia. *Psicologia: Teroria Investigação e Prática*, **1**: 255-264.

- Gonçalves, O. F. & Fernandes, E (1997). Exploração de constructos pessoais sobre o self em mudança em pacientes depressivos e agorafóbicos. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, **2**: 33-52.
- Gonçalves, O. F. & Gonçalves, M (1999). Personalidade e construcionismo social; dos traços às narrativas. *Psychologic*, **22**: 23-133.
- Gonçalves, O., Korman, Y. & Angus, L. (2000). Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective. In R. A. Neimeyer & J. B. Rasking (Eds.), *Constructions of disorder*. Washington DC: APA Press.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O.F.; Henriques, M. R. & Cardoso, G. (2005). *Manual de Avaliação da Estrutura e coerência Narrativa*. Braga: Departamento de Psicologia, universidade do Minho.
- Gonçalves, O.F.; Henriques, M. R.; Alves, A. & Rocha, C. (2004). *Manual de Avaliação do Processo e Complexidade Narrativa*. Braga: Departamento de Psicologia, universidade do Minho.
- Gonçalves, O.F.; Henriques, M. R.; Alves, A. & Soares, L. (2002). Analysing structure, process and content in narratives of patients diagnosed with agoraphobia. *Revista Internacional de Psicología y de la salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, **2**: 389-406.
- Gonçalves, O.F.; Henriques, M. R.; Alves, A. & Soares, L. (2003). Análise da estrutura, processo e conteúdo narrativo na psicopatologia: comparação entre agorafobia e dependência de opiáceos. *Comunicação oral apresentada no Encontro Nacional de Investigação em Psicologia*, Lisboa, Portugal.

- Gonçalves, O.F.; Henriques, M. R.; Soares, L. & Monteiro, A. (2001). *Manual de Avaliação do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa*. Braga: Departamento de Psicologia, universidade do Minho.
- Gonçalves, O.F.; Pérez, A., Henriques, M.; Prieto, M.; Lima, M. R., Siebert, M. F. & Sousa, N. (2004). Funcionamento Cognitivo na Produção Narrativa no Síndrome de Wiliams: Congruência ou Dissociação Neurocognitiva? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, **4**: 632-638.
- Gringorenko, E. L. (2000). Doing Data Analyses and Writing Up Their Results: Selected Tricks and Artifices. In R.J. Stenberg (Eds.), *Guide to Publishing in Psychology Journals*. Pp. 98-120. Cambridge: University Press.
- Hayden, D. & Pukonen, M. (1996). Language intervention programming for preschool children with social and pragmatic disorders. In Beitchman, J., Cohen, N. Konstantareas & Tannock R. (Eds). *Language, Learning, and Behavior Disorders, developmental, biological and clinical perspectives* (pp. 436-466). Cambridge: University Pess.
- Henriques, M. R. (2000) *Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma Narrativa Protótipo*. Braga: Departamento de Psicologia, universidade do Minho.
- Howard, G. (1991). Culture Tales: A Narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, **46**: 187-197.
- Jensen, P.S.; Martin, D.; Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-V. *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, **36**: 1065-1079.
- Karatekin, C. (2004). A test of the integrity of the components of Baddeley's model of working memory in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **45**: 912-926.

- Knapp, P.; Lykowski, L.; Johannpeter, J.; Carim, D.B.; Rohde, L.A. (2003). Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In Rohde, L.A., Mattos, P. e colaboradores (Eds.), *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. (pp. 183-197) Artmed Editora.
- Labov, W. & Waletzky, J. (1967). *Narrative analysis: oral versions of personal experience*. In J.Helm (eds.), *essays on the verbal and visual arts*. Seattle: American Ethnological Society.
- Larrea, M.G. (1994). *La Comprensión de Cuentos en los Niños: Um enfoque Cognitivo y Sociocultural*. Madrid:Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Lahey, B.B. & Carlson, C.L.(1991) Validity of the diagnostic category of attention-deficit disorder without hyperactivity: a review of literature. *Journal of Learn disabilities*, **24**:110-120.
- Lima, C. C. & Albuquerque, G. (2003). Avaliação de linguagem e co-morbidade com transtornos de linguagem. In Rohde, L.A., Mattos, P. e colaboradores (Eds.), *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. (pp. 117-142) Artmed Editora.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperatividade*. Quarteto Editores.
- Machado, M. (2004). Narrativas de mulheres vítimas de violência: passos do processo. *Teoria e prática*, **6**: 97-104.
- Mancuso, J. C. (1986). The acquisition and the use of narrative grammar structure. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New-York: Praeger.
- Mandler, J.M., & Johnson, N.S. (1977). Remembrance of things parsed: Story structure and recall. *Cognitive Psychology*, **9**:111-151.
- Mandler, J.M. (1984). *Stories, scripts, and scenes: Aspects of schema theory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Marcus, S., Wan, G.; Kemner, J. & Olfson, M. (2005) Continuity of Methylphenidate Treatment for Attention- deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Pediatr. Adolesc Med.*, **159**: 572-578.
- Masahiko, M. (2001). Maternal styles of narrative elicitation and development of Children's narrative skill: a study on parental scaffolding. *Narrative Inquiry*, **11**: 55-80.
- Mattos, P., Saboya, E., Kaefer, H., Knijnik, M.P. & Soncini, N. (2003). Neuropsicologia do TDAH. In Rohde, L., & Mattos, P. (Eds.), *Princípios e Práticas em TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Artmed, Porto Alegre.
- Mayer, M. (1979). *Frog, Where are you?* New York: Dial press.
- McKeough, A. (1992). A neo-structural analysis of children's narrative and its development. In R. Case (Ed.), *The mind's staircase: Exploring the conceptual underpinnings of children's thought and knowledge* pp. 171-188. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- McKeough, A. & Genereux, R.(2003). Transformation in Narrative Thought During Adolescence: The structure and Content of Story Compositions. *Journal of Educational Psychology*, **95**:537-552.
- McLaughlin, J. (2005). Exploring diagnostic processes: Social science perspectives. *Arch Dis Child*, **90**: 284-287.
- M. Gonçalves, (1994). Pós-modernidade e avaliação psicológica – da racionalidade positivista ao construcionismo social. *Psychologica*, **11**: 45-55.
- M. Gonçalves, (1995). Auto-conhecimento e acesso introspectivo: do self reificado ao self narrativo. Tese de doutoramento em psicologia clínica. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Minami, M. (2001). Maternal styles of narrative elicitation and developement of children's narrative skill: a study on parental scaffolding. *Narrative Inquiry*, **11**: 55-80.

- Mishler, E. G. (1986). *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge: Harvard University Press.
- Miyake, A. & Shah, P. (1999). *Models of Working Memory: Mechanisms of Active Maintenance and Executive Control*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Moojen, S. M., Dorneles, B.V. & Costa Adriana (2003). Avaliação psicopedagógica no TDAH. In Rohde , L.A., Mattos, P. e colaboradores (Eds.), *Princípios e práticas em Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperactividade*. (pp. 107-116) Artmed Editora.
- Norman, D. & Shallice, T. (1980). *Attention to action willed and automatic control of behaviour* (CHIP Report 99). San Diego, CA: University of California San Diego.
- Palladino, P., Cornoldi, C., Beni, R. B. & Pazzaglia, F. (2001). Working memory and updating processes in reading comprehension. *Memory & Cognition*, **29**:344-353.
- Polkinghorne, D. E., (1988). *Narrative Knowing and the human sciences*. Albany, New York: SNY Press.
- Polkinghorne, D. E., (2004) Narrative Therapy and postmodernism. In Lynne E. Angus & John MacLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. (pp. 53-68). Sage Publications.
- Pongwilairat, K.; Louthrenoo, O.; Charnsil, C. & Witoonchart, C. (2005) Quality of life of children with attention-deficit/hyper activity disorder. *J Med Assoc Thai*, **88**: 1062-1066.
- Popper, C.; Gammon, G., West, S. & Bailey, C. (2006) Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência. In Hales, R. & Yudofsky (Eds.). *Tratado de Psiquiatria Clínica*. pp. 787-919. Artmed.

- Purvis, K. L. & Tannock, R. (1997). Language abilities in children with Attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities and normal controls. *Journal of Abnormal Child Psychology*. **25**:133-144.
- Reilly, J. S., Bates, E.- A., Marchman, V.A. (1998). Narrative discourse in Children with early focal brain injury. *Brain and language*. 61: 335-375.
- Rennie, D. L. (1994). Story telling in Psychotherapy: The Client's Subjective Experience. *Psychotherapy*, **31**: 234-243.
- Rocha, C. (2005). *O desenvolvimento narrativo na adolescência*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Rodrigues, A. N. (2005). Avaliação da PHDA Escalas Revisadas de Conners (1997). Texto de apoio ao Workshop realizado a 3 de Junho de 2005 no Hospital Pediátrico de Coimbra. Janssen-Cilag.
- Rohde , L.A., Mattos, P. (2003). Introdução. In Rohde , L.A., Mattos, P. e colaboradores (Eds.), *Princípios e práticas em Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperactividade*. (pp. 11-14) Artmed Editora.
- Roman, T.; Schmitz, M.; Polanczyk G. V.; Hutz M. (2003) *Etiologia. Princípios e Práticas em TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperactividade*. Artmed,
- Russel, R. L., & Van Den Broeck, P. (1992). Changing narrative schemas in psychotherapy *Psychotherapy*, **29**:344-353.
- Sandberg, s. (1996). *Hyperactivity Disorders of Childhood*. Cambridge University Press,
- Sarbin, T. (1986). The Narrative as a root metaphor for psychology. In T. Sarbin (Eds.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. (pp. 3-21). New York: Praeger.

- Saville-Troike, M. (1989). *The ethnography of communication*. Massachussets: Blackell Publishers.
- Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1988). Cognitive assessment: Issues and methods. In K. S. Dobson (eds.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. New York: The Guilford Press.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: how relationships and brain interact to shape who we are*. New York: The Guilford Press.
- Silva, D. & Trentini, M. (2002). Narrativas como Técnica de Pesquisa em Enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, **10**:423-432.
- Simões, M. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Soares, C. (2004). *Maus-Tratos Infantis: um Olhar Narrativo*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Souza, I. (2001) Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção. Resultados preliminares. *Arq. Neuropsiquiatria*, **59**:401-406.
- Spinillo, A. G., Martins, R. A. (1997). Uma análise da produção de histórias coerentes por crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **10**: 219-248.
- Stein, N. L. & Glenn, C. G. (1979). An analysis of story comprehension in elementary school children. In R.O. Freedle (Ed.), *New directions ins discourse processing*, **2**:53-120. Norwood, NJ: Ablex.

Swanson, H. L, Harris, K. R. & Graham, S. (2003). *Handbook of learning disabilities*. New York. The Guilford Press.

Swanson, H. L.; Howard, C. B. & Sáez, L. (2006). Do Different Components of Working Memory Underlie Different Subgroups of Reading Disabilities? *Journal of Learning Disabilities*, **39**: 252-270.

Tannock, R.; Purvis, K. L. & Schachar, R. J. (1993). Narrative abilities in children with Attention deficit hyperactivity disorder and normal peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*. **21**:103-117.

Tannock, R. & Schachar (1996). Executive dysfunction as an underlying mechanism of behaviour and language problems in attention deficit hyperactivity disorder. In Beitchman, J., Cohen, N. Konstantareas & Tannock R. (Eds). *Language, Learning, and Behavior Disorders, developmental, biological and clinical perspectives* (pp. 128-155). Cambridge: University Press.

Tannock, R. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Psychiatry*. **39**:65-99.

Tannock, R. (2000). Language, reading and motor control problems in ADHD. In Apud GREENHILL, L.L.(Eds.). *Learning disabilities: Implications for psychiatric treatment*. Review of Psychiatry, Washington: American Psychiatric Press, **19**:129-167.

Wechsler, D. (2003). *Escala de inteligência de Wechsler para crianças – Terceira Edição* (Wisc-III) Manual. Lisboa: Cegoc.

Wender, E. (2002) Attention-deficit hyperactivity disorder: is it common? Is it overtreated? *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. **166**: 209-210.

Wender, P. H. (1995) *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press.

Westby, C. & Cutler, S. (1994). Language and ADHD: Understanding the basis and treatment of self-regulatory deficits. *Aspen Publishers, Inc.* **14**: 58-76.

Zimmerman, B. J. (1994). Conceptual framework for self-regulation. In D. H. Schunk & B. J. Zimmerman (eds.), *Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications* pp.3-21. Hillsdale: Erlbaum.

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade

A. Ou (1) ou (2)

(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistem por pelo menos 6 meses, num grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em actividades escolares, de trabalho ou outras;
- (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou actividades lúdicas;
- (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e actividades;
- (f) com frequência evita, antipatiza ou recusa envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou actividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- (i) com frequência apresenta esquecimento em actividades diárias.

(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperactividade:

- (a) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou remexe-se na cadeira;
- (b) frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjectivas de inquietação);
- (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em actividades de lazer;
- (e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor";
- (f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade:

- (g) Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
- (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

B. Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou desatenção que causaram dificuldades estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algumas das dificuldades causadas pelos sintomas estão presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de dificuldades clinicamente significativas no funcionamento social, académico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de uma Perturbação Invasiva do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por ex., Perturbação do Humor, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou uma Perturbação da Personalidade).

Subtipos do DHDA

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperactividade-impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico actual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Distúrbio de Deficit de Atenção/Hiperactividade, Tipo Combinado.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperactividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o distúrbio tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo acontece para adultos com o DHDA.

F98.8 - 314.00 Distúrbio de Deficit de Atenção/Hiperactividade, Tipo Predominantemente Desatento.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperactividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Distúrbio de Deficit de Atenção/Hiperactividade, Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperactividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com frequência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

Dados sócio demográficos dos participantes

Sujeitos	Sexo	Idade	Escolaridade	NSC
1	1	6	1	2
2	1	6	1	2
3	1	6	1	2
4	2	6	2	2
5	2	6	1	2
6	1	7	2	2
7	2	7	3	2
8	1	7	2	1
9	1	7	2	1
10	2	7	1	2
11	1	7	1	2
12	1	7	2	1
13	1	7	2	2
14	1	7	3	2
15	1	7	2	1
16	1	8	3	3
17	1	8	3	1
18	1	8	3	2
19	2	8	3	2
20	1	8	3	2
21	1	8	3	3
22	1	8	2	2
23	1	8	2	2
24	1	9	4	2
25	1	9	3	1
26	1	9	4	2
27	1	9	4	
28	1	9	3	1
29	1	9	3	2
30	1	9	3	1

M	7,5666667	2,4	1,7931034
D.P.	1,0400044	0,932183199	0,5592923
Mínimo	6	1	1
Máximo	9	4	3

Legenda

Sexo	masc.	1	Escol.	1º ano	1
	fem.	2		2º ano	2
				3º ano	3
NSC	baixo	1		4º ano	4
	médio	2			
	alto	3			

Dados relativos ao funcionamento cognitivo dos participantes.

Sujeitos	QIV	QIR	QIT	ICV	IOP	IVP
1	100	111	105	95	107	109
2	86	93	86	90	89	95
3	91	87	85	94	93	84
4						
5	93	92	90	97	96	89
6	113	93	104	113	88	112
7	84	93	85	83	88	112
8	68	76	67	70	77	84
9	97	106	101	99	111	106
10	100	124	112	100	125	114
11	112	101	107	108	103	95
12	104	99	101	102	106	77
13	84	99	89	85	101	97
14	78	74	71	80	77	84
15	96	93	92	97	93	106
16	81	80	77			
17	86	101	90	88	98	100
18	91	101	93	88	106	92
19	89	98	90	92	100	106
20	73	111	90	74	120	71
21	135	112	127	132	111	119
22	78	98	85	82	103	81
23	92	99	93	88	106	77
24	82	84	79	83	86	95
25	93	109	100	92	106	112
26	108	80	93	109	77	109
27	93	79	83	85	88	77
28	96	95	93	95	100	84
29	91	118	103	92	114	103
30	89	78	79	92	86	81
<i>M</i>	92,517241	96	92,068966	93,035714	98,392857	95,392857
<i>D.P.</i>	13,41806	12,873006	12,580969	12,47956	12,550164	13,76614

Protocolo da Entrevista sobre a Interação Narrativa

I. GERAL

- ✓ 1. O facto do seu/sua filho(a) ter Perturbação de Hiperactividade com Défice de atenção altera de algum modo a forma como comunica com ele?
- ✓ De que forma?

II. CONVERSAS – ACTIVIDADE ESPONTÂNEA (ADULTO (A) – CRIANÇA (C))

- ✓ 2. Considera que há situações em que pode dizer que estão a conversar?
- ✓ Em que situações?
- ✓ Quando é que isso acontece?
- ✓ 3. Quem é que normalmente toma a iniciativa?

1. RELATOS DIÁRIOS (A – C E C – A)

- ✓ Vocês conversam sobre o que acontece diariamente? (ex.: pergunta-lhe: - como correu o dia hoje? Frequência:

1(nunca) 2 3 4 5 (muitas vezes – todos os dias)

E normalmente como é que acontece:

- ✓ Quando acontece, com que frequência é que a mãe/pai que lhe pergunta e ele(a) vai respondendo? Frequência:

1(nunca) 2 3 4 5 (muitas vezes)

- ✓ E com que frequência é que ele toma a iniciativa de lhe contar coisas (sem antes lhe ter feito qualquer pergunta)?

1(nunca) 2 3 4 5 (muitas vezes)

- ✓ Também acontece a mãe ou o pai contarem-lhe coisas a ele? (por ex. sobre como vos correu o dia?)

1(nunca) 2 3 4 5 (muitas vezes)

2.HISTÓRIAS INVENTADAS OU DE LIVROS (A – C E C – A)

- a. Relativamente as histórias inventadas por si (com ou sem suporte visual), é habitual contar histórias ao seu filho(a)? Com que frequência?

1(nunca) 2 3 4 5 (muitas vezes)

- b. E histórias a partir de livros, também lhe conta? Com que frequência?

1(nunca) 2 3 4 5 (muitas vezes)

- c. E situações em que é o seu filho(a), que tem a iniciativa de contar histórias (quer a partir de livros ou inventadas). Com que frequência?

1(nunca) 2 3 4 5 (muitas vezes)

- d. Na sua opinião com que facilidade é que ele conta a história?:

1 (nenhuma) 2 3 4 5 (muita)

- e. Na sua opinião, que tal é que são as histórias que ele conta? Qual a qualidade das histórias que conta?

1 (muito fraca) 2 3 4 5 (muito boa)

- **Nome da criança:**

- **Quem acompanha a criança:**

- **Data ____/____/____ Pré Medicação____ Pós Medicação____**

Pedido de Autorização

No âmbito da realização de uma investigação para elaboração de uma dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, pelo Instituto de Psicologia e Educação da Universidade do Minho, a ser desenvolvida pela Psicóloga Marta Susana Simões Jorge, sob orientação do Professor Doutor Óscar Gonçalves da Universidade do Minho e da Professora Doutora Margarida Rangel Henriques da Universidade do Porto, solicitamos a autorização para a selecção de sujeitos para a amostra do referido estudo, nesta instituição. Serão seleccionadas crianças com idades compreendidas entre os seis e nove anos, seguidas na consulta de Hiperactividade do Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra, mediante o consentimento voluntário dos pais das crianças participantes.

A Investigadora

O Director Clínico

Data: ____/____/____

Código _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PAIS

Vimos solicitar a sua participação numa investigação sobre a organização narrativa em crianças com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

A equipa é constituída por psicólogos que pretende estudar o impacto da intervenção com medicação psico-estimulante na matriz narrativa em crianças com o diagnóstico de Hiperactividade medicadas com metilfenidato.

Pedimos a sua colaboração neste estudo, através do preenchimento de um questionário e de uma entrevista que será realizada no local e no dia das consultas do seu filho(a). Solicitamos também a sua autorização para que o(a) seu filho(a) participe neste estudo, realizando algumas actividades que lhe serão propostas no momento em que vier à consulta, sendo que para algumas delas iremos utilizar o registo audiogravado.

A sua colaboração e informações pessoais bem como do(a) seu filho(a) serão totalmente confidenciais, estando assegurado que ninguém do serviço, nem qualquer outra pessoa, terá acesso a essas informações, não sendo possível a identificação dos participantes.

A sua participação e a do(a) seu filho(a) são voluntárias, pelo que, poderão retirar-se do estudo em qualquer momento do processo.

Agradecemos a sua participação e, se concordar, assine esta folha.

Data ____/____/____

O Investigador:

O Voluntário:

Dados Pessoais:

Nome do pai/mãe da criança: _____

Nome da criança: _____

Código: _____

Dados de Identificação

Nome da Criança: _____

Idade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____ **Ano de Escolaridade:** _____

Nome do Pai: _____ **Idade:** _____

Profissão: _____ **Habilitações Literárias:** _____

Nome da Mãe: _____ **Idade:** _____

Profissão: _____ **Habilitações Literárias:** _____

Morada: _____

Telefone: _____ **Telemóvel:** _____

Naturalidade: _____ **Escola:** _____

Nome da Professora: _____

Professora de Apoio: _____

Observações: _____

